Rok LIII. Kraków, dnia 28. lutego 1914. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi.

Przypadek choroby Adams-Stokesa.

Podał *)

Dr Henryk Rosenthal

ordynator oddziału wewnętrznego.

Prace anatomiczne o specyalnych mięśniach sercowych, służących do bezpośredniego przewodnictwa pobudliwości, związane są z nazwiskami Hisa, Aschoffa, Tawary, Kocha, Fahra, Keith-Flacka, Moenckeberga i innych. Opierając się na badaniach doświadczalnych, dowiedli oni, że, w sercu większej części zwierząt ssących i człowieka istnieją specyalne wiązki mięsne, ciągnące się od prawego przedsionka do komór sercowych, a w przebiegu i budowie różniące się od właściwego układu mięśniowego serca. Przebieg tych wiązek (»układów« podług prof. S. Ciechanowskiego) najwyraźniej uwydatnia się, począwszy od tak zwanego węzła automatycznego Tawary. Węzeł ten znajduje się na granicy między przedsionkami i komorami, a składa się z bardzo poplątanych wązkich włókien mięsnych. Od węzła Tawary odchodzi pęczek zwany wiązką Hisa. Wiązka, przechodząc przez pierścień ścięgnisty, dzieli się na dwie gałęzie: lewą i prawą, z których pierwsza przechodzi w formie wachlarza do lewej komory aż do mięśni brodawkowych i do dolnych części lewej komory serca, druga zaś w postaci wązkiego, ledwie dostrzegalnego sznurka bieży w dół do komory prawej. Węzeł Aschoff-Tawary i pęczek Hisa zaopatrzone są w rozgałęzienia n. błędnego; nerw współczulny do nich nie dochodzi, i dlatego, o ile ośrodki te działają samoistnie, to dawać one mogą tylko około 36 pobudzeń do skurczów na minutę.

U ujścia żyły głównej górnej do prawego przedsionka, w bruździe pogranicznej znajduje się wykryty przez Keitha i Flacka węzeł, złożony z mięśni, obficie zaopatrzonych w nerwy i naczynia. Węzeł ten, zwany węzłem zatokowym (Sinusknoten), jest głównym ośrodkiem automatycznym, pobudzającym skurcz najpierw przedsionków, a później komór. (Wyżej wspomniany węzeł Tawary jest ośrodkiem automatycznym drugiego rzędu). Do węzła Keith-Flacka dochodzą gałązki zarówno nerwu błędnego, jak i nerwów przyspieszających (od nerwu współczulnego). Wskutek antagonistycznego wpływu obydwóch tych nerwów na węzeł Keith-Flacka, ten węzeł daje na minutę około 60 podrażnień. Dokładna budowa histologiczna dróg, służących do przewodnictwa, nie jest jeszcze wyczerpująco znana. Z nowszych badań zdaje się wynikać, że układ omawiany tem różni się u człowieka od innych mięśni serca, że składa się w dolnych swych, komorowych częściach z szerokich, bogatych często w glikogen włókien Purkinyego i że prawdopodobnie nie posiada zasadniczej cechy mięśni, czyli kurczliwości. W każdym razie jest to układ mięśniowy, ale bardzo ściśle splątany z nerwami. Węzeł Keith-Flacka ma prawdopodobnie połączenie z węzłem Aschoff-Tawary.

Jeżeli na zasadzie naszych wiadomości anatomicznych możemy stanowczo twierdzić, że obok zwykłego układu mięśniowego przedsionków i komór serca istnieją jeszcze dwa szczególne układy mięśniowe (układ węzła zatokowego i Tawary), to te szczególne układy pod względem fizyologicznym i patologicznym nie są jeszcze dostatecznie zbadane i nie można z całą pewnością twierdzić, że służą do bezpośredniego przewodnictwa pobudzeń.

W pierwszych latach odkrycia wiązek zdawało się, że dzięki temu teorya myogenetyczna odniosła zupełne zwycięstwo, ale później najnowsze badania pokazały, że w wiązkach obu szczególnych układów mięsnych znajdują się też w dużej ilości włókna i komórki nerwowe, co znowu przemawia na korzyść teoryi neurogenetycznej. Jeżeli węzły i wychodzące z nich gałęzie służą do przewodnictwa pobudzeń, to zrozumiałem jest, że zachodzące w nich zmiany chorobowe, wywołując przerwę w ich układzie, mogą również prowadzić do zaburzeń w przewodnictwie.

Przykładem do powyższego twierdzenia może być choroba Adams-Stokesa.

Tak nazwał Huchard zbiór objawów, na który pierwszy zwrócił uwagę Adams, dokładniej zaś zbadał je Stokes. Objawy te składają się ze zwolnienia tętna, dochodzącego do 24 i mniej uderzeń na minutę, i z napadów nieprzytomności, zaburzeń w oddychaniu, jak również z drgawek, przypominających napad padaczkowy. Zwolnieniu tętna odpowiada zwolnienie ruchów serca, co stwierdzono przez osłuchiwanie. Czasami jednak na każde tętno wypadają dwa tony serca, czyli zwolnienie tętna w tych przypadkach jest pozorne (allorhythmia) i jest wynikiem niedo-

*) Podług odczytu na posiedzeniu Tow. lek. łódzkiego 3. grudnia 1913 r., z przedstawieniem chorej.

statecznego skurczu serca. Zwolnienie tętna jest objawem stałym, jakkolwiek zmiennym co do liczby uderzeń, a w razie napadów zwykle silniejszym, niż między napadami (liczba tętna podczas takiego napadu często dochodzi do 10 uderzeń na minutę). Godne zaznaczenia jest zachowanie się tętna pod wpływem bodźców przyspieszających — w zwykłych warunkach — działalność serca (podniesienie się ciepłoty, zmiany położenia, praca fizyczna). Przy chorobie Adams-Stokesa serce na te podniety nie oddziaływa wcale. Przerwy między pojedynczemi uderzeniami tętna niezawsze są równe. Stopień napadów jest różny, od lekkich bólów głowy i zamroczeń, aż do zupełnej utraty przytomności i wystąpienia kurczów padaczkowych, które często wiodą do śmierci. Częstość napadów podlega dużym wahaniom. W ciężkich przypadkach napady zdarzają się codziennie, mogą nawet dojść do 50 na dobę (w jednym przypadku opisanym przez Hisa było napadów aż 143); takie przypadki wiodą prędko do śmierci. W innych przypadkach choroba trwa miesiące, a nawet i lata całe, przyczem napady zdarzają się w krótszych lub dłuższych odstępach czasu. Wreszcie zdarzają się przypadki, w których napady po kilkakrotnem nagłem wystąpieniu nagle znikają, przyczem ustaje również i stałe zwolnienie tętna. Najczęściej choroba ta zdarza się u osób w wieku podeszłym z objawami stwardnienia naczyń i u osób, dotkniętych miażdżycą tętnic wieńcowych serca, u których napady często występują nagle wśród pozornego zdrowia, lub bywają poprzedzane różnorodnymi zwiastunami. Zdarzają się jednak przypadki choroby Adams-Stokesa u ludzi w wieku lat 20 do 30. Wyjątkowym jest przypadek tej choroby, opisany przez Schustera, tyczący się 4-letniej dziewczynki, która chorowała na zapalenie mięśnia sercowego pochodzenia zakaźnego. Prof. Gluziński, opierając się na dokładniejszem badaniu dwóch przypadków, twierdzi, że i ogólny stan nerwowy, jeżeli nie na cały obraz, to może mieć i miewa niekiedy wpływ na powstawanie napadów. Zgadzałoby się to po części ze spostrzeżeniem Hoffmana, który w jednym przypadku spostrzegał cały zbiór objawów tego cierpienia już między 20—30 rokiem życia, bez możności wykrycia jakichkolwiek zmian organicznych w narządzie krążenia i wogóle w ustroju, więc zaburzenia były tu raczej pochodzenia czynnościowego. Takie przypadki należą jednak do wielkich rzadkości, najczęściej zaś stwierdzamy zmiany organiczne.

Najnowsze sposoby badania istoty objawów Stokes-Adamsa wykazały, że nie mamy tu do czynienia z jednolitym obrazem chorobowym i że na zasadzie badań anatomicznych i klinicznych rozróżniać należy rozmaite jej postacie.

Jednem z pytań zasadniczych jest, czy dysocyacya (rozkojarzenie czynności przedsionków i komór serca) jest stałym objawem choroby Adams-Stokesa. Hering jest tego mniemania, że mowa o tej chorobie może być tylko w tym przypadku, jeżeli istnieje różnica w rytmie (dysrhythmia) między przedsionkami i komorami. Przeciw temu zdaniu oświadczyli się Volhard, A. Hoffmann, jak również i Lubarsch, który twierdzi, że mogą być rozkojarzenia bez zbioru objawów Adams-Stokesa i odwrotnie, choroba Adams-Stokesa bez dysocyacyi. Nagayo, uczeń Aschoffa, odróżnia przedewszystkiem dwie duże grupy: sercową i pozasercową; w grupie sercowej uwydatniają się jeszcze dwie postacie: postać zależna od zaburzeń w specyalnych układach mięsnych przewodzących (Reizleitungstypus) i postać mięśniowa, zależna od zaburzeń w zwykłych mięśniach serca (muskulärer Typus). W pierwszej postaci w ciężkich przypadkach mamy całkowite rozkojarzenie wskutek zupełnej przerwy połączenia mięśniowego między przedsionkiem i komorą, w lżejszych zaś, gdzie dysocyacya jest niezupełna, przewodnictwo skurczów mięśnia sercowego z przedsionków na komory zostaje zahamowane (podług Hisa »Herzblock«, blok serca) wskutek częściowego tylko uszkodzenia, a nie zupełnej przerwy wiązki.

Tym rozmaitym postaciom odpowiadają też i rozmaite spostrzeżenia anatomiczne. Przy postaciach pozasercowych, przy których dysocyacya nie istnieje, a jest tylko zwolnienie ruchów serca, zmian anatomicznych szukać należy w n. błędnym, w rdzeniu przedłużonym, lub na podstawie czaszki. Tutaj odnieść należy przypadek, opisany przez doc. W. Janowskiego. W przypadku tym prócz stałego zwolnienia tętna (35 uderzeń na minutę) autor nie mógł stwierdzić zapomocą krzywej żylnej oraz przełykowo-przedsionkowej jakiegokolwiek zaburzenia w przewodnictwie. Przy postaciach sercowych mięśniowych (kardialer muskulärer Typus), przy których nigdy nie dochodzi do zupełnej dysocyacyi, przy różnych ciężkich ogniskach chorobowych w mięśniu komór, zmian anatomicznych szukać należy w węźle Tawary, lub w jego gałęziach. Dla dowiedzenia słuszności wyżej wspomnianego podziału koniecznem jest, żeby każdy przypadek podlegał ścisłym badaniom klinicznym i anatomicznym. Pod tym względem pozostało jeszcze dużo do zbadania i śmiało powiedzieć można, że nawet w grupie przypadków, należących do typu zaburzeń przewodnictwa, nieliczne tylko dokładnie zostały zbadane. Tu przedewszystkiem zaliczyć należy spostrzeżenia Moenckeberga, Nagayo, Herxheimera, Kohla, v. Ashtona, Fahra, Magnus-Alslebena, w których z jednej strony za życia została dowiedziona całkowita dysocyacya, z drugiej zaś strony badanie pośmiertne wykazało całkowitą przerwę wiązki przedsionkowo-komorowej. W tych przypadkach znajdowano blizny, które powstały poczęści wskutek zmian w naczyniach pochodzenia kiłowego, poczęści wskutek zatorów lub zakrzepów; dalej znajdowano kilaki i różnego rodzaju nowotwory, a wreszcie — jak w przypadku opisanym przez Magnus-Alslebena — zwyrodnienie woskowe. Bywają jeszcze przypadki z niezupełną dysocyacyą, szczególnie przez Fahra zbadane, w których niema przerw zupełnych, tylko naprzykład była przerwana prawa gałązka pęczka Hisa wskutek jakiegoś nowotworu, natomiast w lewej gałązce żadnych zmian nie znaleziono; w przypadkach tych znajdowano naciek tłuszczowy, oraz zwężenie i zanik wiązki. Pozostaje jeszcze znaczna liczba przypadków, w których podczas badania pośmiertnego wprawdzie znajdowano znaczne zmiany wiązki przedsionkowo-komorowej, spostrzeżenia kliniczne jednak były niedokładne, a co najważniejsza, niedostatecznie ustalono, czy w przypadkach tych była dysocyacya pełna, lub niezupełna.

Szczególnie zajmujące są te przypadki, które, jak wykazują ich dokładne badania kliniczne i anatomiczne, mają bardzo mało wspólnego z wyżej podanym schematem. Należą tu przypadki, w których pomimo zupełnej dysocyacyi

w systemie przewodnictwa pobudek, zmiany anatomiczne wprawdzie istniały, ale zupełnej przerwy nie było. Podobny przypadek, dokładnie klinicznie zbadany przez Volharda, anatomicznie został zbadany przez Moenckeberga z niedostatecznym wynikiem. Dalej idzie przypadek, obserwowany przez Hoffmanna i anatomicznie zbadany w zakładzie Lubarscha, który również nie dał zadowalniających wyników. W tym przypadku była zupełna dysocyacya i zarówno w prawej, jak i w lewej gałęzi znaleziono gruzełki i rozmaite ogniska zapalne, które nigdzie jednak nie były tej wielkości, żeby można było stanowczo stwierdzić zupełną przerwę wiązki, natomiast cały prawie mięsień komór zawierał dość duże ogniska.

Następnie idą przypadki, w których anatomicznie dowiedzione zostało zupełne zniszczenie wiązki, za życia jednak istniała wspólna działalność przedsionka i komór. Do tej kategoryi należą przypadki Heineckego, Müllera, Hösslina i jeden przypadek Nagayo. W przypadku Heineckego w miejscu całej wiązki przedsionkowo-komorowej były zwapnienia, klinicznie jednak był to obraz bardzo zawikłany, zupełna lub niezupełna dysocyacya, albo też zwyczajne zwolnienie przewodzenia podniet.

Niemożliwe jest zupełnie zadowalniające wyjaśnienie tych przypadków, dopóki się jest tego zdania, że przewodnictwo pobudliwości i automatyzm są pochodzenia czysto mięśniowego i związane są ze specyalnie zbudowanym układem przewodzącym. Inaczej rzecz się przedstawia, jeżeli na zasadzie najnowszych badań (Müller i in.) wrócimy do teoryi neurogenetycznej. Wtedy możliwem się okaże, że dysocyacya nie zjawi się nawet po zniszczeniu wiązki, ponieważ przy zachowaniu w całości komórek zwojowych i sieci nerwowej podniety przeprowadzane będą innemi drogami. Uwzględniając trudność dokładnego zbadania wiązki przejściowej, trzeba być bardzo ostrożnym w ocenianiu pojedynczych przypadków. Z drugiej strony trzeba też zaznaczyć, że obecne badania anatomiczne i spostrzeżenia kliniczne nie są jednak do tego stopnia wystarczające, żeby można było uzasadnić zwodniczy, bądź co bądź, schemat Nagayo-Aschoffa. W każdym razie dopóki teorya myogenetyczna ma wszelkie cechy prawdopodobieństwa, z góry wydać się musi nieprawdopodobnem, żeby przeszkody pozasercowe mogły prowadzić do dysocyacyi. Im większe uznanie zyskuje teorya zależności automatyzmu i przeprowadzania pobudliwości od układu nerwowego, tem więcej nieprawdopodobnem się wydaje, żeby zespół objawów Adams-Stokesa był wyłącznie zależny od zmian, zachodzących w wiązce przedsionkowo-komorowej.

Nadmienić jeszcze należy, że i pozasercowe przeszkody, które pochodzą od zmian w n. błędnym lub zwojach mózgowych, również prowadzić mogą do zupełnej dysocyacyi. Przypuszczenia te potwierdzają najnowsze badania Gerhardta i A. Hoffmanna. Z czasem schemat Nagayo ograniczy się do tych tylko przypadków, w których przy zupełnej dysocyacyi zachodzą zmiany anatomiczne w układzie przewodzącym. Możliwe również jest istnienie typu mieszanego, wiązkowo-komorowego, przy którym uszkodzenia wiązki połączone są ze znacznemi zmianami zwykłych mięśni komór serca.

Jak wiadomo, głównym objawem choroby Stokes-Adamsa jest zwolnienie ruchów serca (bradykardya). Zasadniczo nie może ono być wogóle rozpoznawane bez zdjęcia krzywej tętna (sfigmogramu) i osłuchania tonów serca. W przypadkach jednak bradykardyi silnego stopnia musi być bezwarunkowo wykonane, jak to słusznie zaznaczył doc. W. Janowski, jednoczesne zdjęcie krzywej tętna i uderzenia koniuszkowego serca, a gdzie to jest możliwe także i krzywej tętna żylnego. Zdarza się bowiem dość często, że bardzo słabe skurcze dodatkowe (extrasystole) nie dochodzą do obwodu i w ten sposób naśladują bradykardyę. Skurcze dodatkowe cechują się tem, że następująca po nich przerwa trwa dłużej, niż przerwa między prawidłowemi falami tętna. Jeżeli kilka skurczów dodatkowych następuje bezpośrednio po sobie, to przerwa wyrównawcza następuje dopiero po ostatnim z nich. Uwzględniając przerwy wyrównawcze, możemy rozpoznawać skurcze dodatkowe przy pomocy dokładnego odmierzania fal na krzywej tętna. Skurcze dodatkowe bywają przedsionkowe, komorowe i przedsionkowo-komorowe, w zależności od miejsca, z którego wychodzą bodźce dodatkowe. W przypadku bradykardyi przy najmniejszem podejrzeniu co do choroby Stokes-Adamsa zdjęcie tętna żylnego nie powinno być nigdy zaniedbanem, gdyż w razie przeciwnym można przeoczyć zaburzenia w przewodnictwie mięśnia sercowego (zahamowanie lub rozkojarzenie czynności komór i przedsionków).

Ważnym czynnikiem do rozpoznania choroby Adams-Stokesa może być i rentgenoskopia, przy której z łatwością dają się zauważyć ruchy poszczególnych odcinków serca. Tą metodą należy stwierdzić, czy mamy w danym przypadku do czynienia z zaburzeniem w przewodnictwie, czy też z prawdziwem zwolnieniem czynności całego serca.

Miałem obecnie sposobność spostrzegać przypadek choroby Adams-Stokesa, którego przebieg pozwolę sobie tu przytoczyć.

D. P. lat 25, pomocnica sklepowa. Ojciec chorej umarł nagle w 31. roku życia, matka i rodzeństwo (4 siostry i 1 brat) są zdrowi. Chora w dzieciństwie przechodziła odrę; miesiączka pierwszy raz w 12 roku życia, prawidłowa. Napojów wyskokowych chora nigdy nie używała. Mając lat 13 wstąpiła do cukierni, gdzie w przeciągu 2 miesięcy pracowała przez 20 godzin na dobę, następnie przez 5 lat pracowała jako kelnerka w restauracyi, a później wyjechała do Warszawy, gdzie uczyła się krawieczyzny. Po 5 miesiącach wstąpiła do restauracyi, w której przez rok cały musiała pracować od 6 zrana do późnej nocy. W owym czasie chorowała w przeciągu dwóch tygodni na »zapalenie ślepej kiszki«. Po upływie trzech miesięcy chora nagle na ulicy dostała zawrotu głowy, pociemniało jej w oczach i upadła, po chwili podniosła się i o własnych siłach udała się do domu. Od tego czasu napady często się powtarzały, wskutek czego chora bała się sama wychodzić z domu, pracowała jednak dalej w restauracyi. Po sześciu tygodniach od pierwszego napadu chora czuła się tak osłabioną, że zmuszona była wstąpić do szpitala, w którym przebyła 10 dni. Po wyjściu ze szpitala chora wróciła do Łodzi (w marcu r. b.), gdzie zawroty głowy i mdłości w dalszym ciągu się powtarzały. Wobec tego, że napady zdarzały się częściej i były również połączone z wymiotami, chora 8 listopada r. b. wstąpiła do szpitala.

Chorą widziałem po raz pierwszy 6 listopada w jej mieszkaniu i zastałem ją w stanie bardzo ciężkim; narzekała na silne bole i zawroty głowy, niepokój w okolicy serca; przytomność zachowana; oczy były prawie nieru-

chome, źrenice rozszerzone. Ruchy serca bardzo słabe; tętno — 17 uderzeń na minutę, niemiarowe. Po wstrzyknięciu kamfory stan jej nieco się poprawił, ale po 2 godzinach napad się znowu powtórzył i, jak mi opowiadał brat chorej, trwał nieco dłużej. Tej samej nocy napady powtarzały się dość często i do chorej 2 razy był wzywany lekarz Pogotowia. Nazajutrz widziałem chorą po raz drugi, miała się ona względnie dobrze, czuła się tylko bardzo osłabioną; tętno — 28, miarowe; idąc za moją radą, chora wstąpiła do szpitala.

9. XI. Stan bezgorączkowy. W stosunku do wieku swego chora fizycznie bardzo słabo rozwinięta, narzeka na ogólne osłabienie i brak łaknienia. Badanie nie wykrywa żadnych zmian w płucach. Powiększenie prawego odcinka serca o 1 ctm, drugi ton nad koniuszkiem jakby rozdwojony, tętno — 32, miarowe, odpowiada ilości uderzeń serca; w narządach brzusznych nic nieprawidłowego nie znaleziono.

10. XI. Stan tensam, tętno 34; wstrzyknięcie chorej 0,001 siarczanu atropiny pozostało bez wpływu.

Badanie moczu dało wynik następujący: Barwa żółta, oddziaływanie kwaśne, ciężar gatunkowy 1018; chlorki 15,7‰, ślady białka; w osadzie — pojedyncze nabłonki dróg moczowych, przeważnie płaskie; białe ciałka 2—3 w polu widzenia. Tego samego dnia wstrzyknięto chorej 2 razy po 0,001 atropiny bez widocznego wyniku. Po raz czwarty wstrzyknęliśmy chorej 1 dawkę atropiny 12. XI. i znowu bez skutku.

13. XI. Chora ma się dobrze, łaknienie powraca, tętno 36; zwolnienie tętna przez cały czas jest stałe i nie zmienia się pod wpływem zmiany położenia ciała.

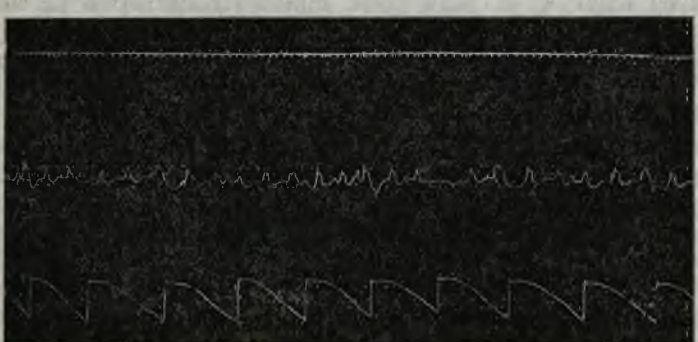
14. XI. Chora narzekała na bole i zawroty głowy, które występowały dość często, ale trwały bardzo krótko, tętno 34; wewnętrznie coffein. c. n. benzoic.

15. XI. Stan lepszy, tętno 36.

19. XI. Chora czuje się lepiej, narzeka na brak łaknienia (wewn. tra nuc. vomic. + tra amar.).

21. XI. Apetyt powraca; chora czuje się lepiej i próbuje wstawać z łóżka; tętno 36.

24. XI. Powtórne badanie moczu: c. g. 1012, białka niema, w osadzie — pojedyncze nabłonki płaskie; chora czuje się dobrze, tętno 36.



Badanie zapomocą zdjęcia krzywej tętna, krzywej uderzenia koniuszkowego serca jednocześnie z krzywą tętna żylnego, łaskawie wykonane przez kol. Linieckiego, dało następujące wyniki: Na krzywej żylnej widać, że liczba uderzeń przedsionka jest większa od liczby uderzeń komory (na każdy skurcz komory 3—4 skurcze przedsionka).

28. XI. Chora czuje się dobrze, tętno 36; badanie krwi co do odczynu Wassermanna, łaskawie wykonane przez koleżankę Szapiro, dało wynik ujemny.

29. XI. Badanie serca zapomocą promieni Roentgena, łaskawie wykonane przez kol. L. Pinkusa, dało, co następuje: Skurcze przedsionków szybkie i niejednakowe co do rozmiarów. Na jeden skurcz komór przypada 3—4 skurcze przedsionków niejednakowej głębokości. Ilość skurczów komór (badanie wykonano z zegarkiem w ręku) 16 na $^1/_2$ minuty.

Pomiary serca na kliszy (dalekie zdjęcie): szerokość serca = 13 ctm, z czego na część od linii środkowej na prawo = 4,8 ctm.

Prawidłowe wymiary serca dla naszej chorej byłyby następujące: szerokość = 11 ctm, z czego od linii środkowej na prawo = $3^2/_9$ ctm. Wymiary więc na kliszy wykazują powiększenie prawego i nieco lewego odcinka serca.

3. XII. Chora czuje się dobrze, tętno 36.

7. XII. Stan tensam, tętno 36; napadów nie było; chora czuje się silniejszą, często wstaje z łóżka, na zawroty głowy nie narzeka.

20. XII. Na własne żądanie chora wychodzi ze szpitala. Do ostatniego dnia pobytu w szpitalu tętno nie przekraczało 36 uderzeń na minutę.

Po wyjściu ze szpitala chora się miała względnie dobrze, w domu zajmowała się gospodarstwem. 2. lutego r. b. chora w przeciągu dnia miała 8 napadów, podczas których narzekała na silne bóle i zawroty głowy; wkrótce przyłączyły się drgawki i tego samego dnia chora zmarła. Na pośmiertne badanie zwłok rodzina chorej się nie zgodziła.

Uwzględniając spostrzeżenia kliniczne, wyniki badania zapomocą krzywych tętna, uderzenia koniuszkowego serca i tętna żylnego, dalej wynik badania rentgenoskopowego, musimy dojść do wniosku, że mieliśmy w danym przypadku do czynienia ze stałem zwolnieniem tętna, połączonem z zaburzeniem w przewodnictwie (zahamowanie przewodnictwa, Herzblock), czyli ze zbiorem objawów Adams-Stokesa.

Co się tyczy leczenia, to w tych przypadkach, gdzie to jest możliwe, powinno ono być przyczynowe (rtęć, jod, zabieg chirurgiczny). W czasie napadu kładzie się chorego poziomo, skórę w okolicy serca naciera się lub drażni się gorczycą, w razie osłabienia czynności serca należy się uciec do wstrzykiwań podskórnych kofeiny lub kamfory. Również dobrze działa oddychanie tlenem. Stosowanie środków, przyspieszających czynność serca (atropina), pozostaje, jak to widzieliśmy u naszej chorej, bez wpływu; sole bromowe i naparstnica są przeciwwskazane.

Piśmiennictwo.

1. S. Ciechanowski: Pęczek przedsionkowokomorowy i stosunek jego do patologii serca. Księga pamiątkowa XI Zjazdu lek. i przyrod. polskich w Krakowie 1911 r. — 2. F. Chłapowski: Choroba Stokes-Adamsa. Now. lek. 1894 r. — 3. D. Gerhardt: Ueber Rückbildung d. Adams-Stokesschen Symptomkomplexes. Deutsches Arch. f. inn. Med. 1908. — 4. A. Gluziński: Choroby serca i naczyń krwionośnych. Nauka o chorobach wewnęt. Kraków 1905. — 5. Huchard: Maladies du coeur et de l'aorte. Paris 1899—1905. — 6. W. Janowski: Współczesne metody badania serca. (Wydanie drugie). Warszawa 1910. — 7. Tenże: Przyczynek do znaczenia krzywych, otrzymywanych przez przełyk z lewego przedsionka serca, dla dokładnego rozpoznania choroby Stokes-Adamsa, oraz parę uwag o bradykardyi. Medycyna 1908. — 9. Jaquet: Ueber die Stokes-Adamssche Krankheit. Münch. med. Wochensch. 1908. — 9. Latkowski: O arytmii sercowej. Księga pamiątkowa XI Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie 1911. — 10. Lubarsch: Allgemeine pathologische Anatomie. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Berlin 1911. — 11. K. Oczesalski: O zespole objawów zwanych chorobą Morgagni — Adams-Stokesa. Gazeta lek. 1910. — 12. D. Pletnew: Der Morgagni Adams-Stokessche Symptomkomplex. Ergebn. d. inn. Med. u. Kind. 1908.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Chcąc jednak sprawę postawić w ten sposób, jak to uczyniliśmy, zestawiając ciała, wykryte przez Popielskiego, z hormonami gruczołowymi, trzebaby najpierw w całej rozciągłości zbadać wpływ tych ciał na cały szereg zjawisk wegetatywnych, w pierwszym rzędzie na tok przemiany materyi, a więc powtórzyć poniekąd doświadczenia, wykonywane z wyciągami gruczołów, którym przypisujemy zdolność wydzielania wewnętrznego. Dopóki w tym kierunku nie posiądziemy zupełnie wyczerpujących wiadomości, dopóty fizyologicznej roli wazodylatyny i hipertenzyny nie możemy uważać za wszechstronnie poznaną i rozjaśnioną. A i wtedy jeszcze pozostanie do rozstrzygnięcia pytanie, według jakich praw odbywa się pobudzenie biologiczne, co kieruje sprawą stosunkowego mieszania się tych dwóch bodźców, jakie są ich bliższe organotropijne skłonności.

Unitarystyczna teorya o działaniu dwóch tylko biologicznych bodźców, którą obecnie stworzyćby można na podstawie badań szkoły lwowskiej, miałaby w zestawieniu z naszemi wiadomościami o gruczołach bezprzewodowych wiele słabych stron. Przedewszystkiem zapytaćby trzeba, dlaczego, jeśli wytwarzanie chemicznych bodźców biologicznych nie jest zróżniczkowane, powstają mimo to po usunięciu pewnych gruczołów, jak n. p. tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej, trzustki i t. d. tak poważne, a co ważniejsza trwałe zaburzenia o stałych zasadniczych cechach, dlaczego objawy atyroidyzmu usunąć a przynajmniej zmniejszyć można przez podawanie przetworów tarczycowych, a objawy choroby Basedowa nierzadko przynajmniej złagodzić przez usunięcie części gruczołu tarczowego. A dalej spytać się należy, dlaczego przez wprowadzenie do ustroju soku z tarczycy lub nadnerczy wywołać można poważne schorzenia, takie, jakich nie wywołują wyciągi z innych gruczołów. Szereg pytań nie kończy się na tem. Ale i te wystarczą, aby zaznaczyć, że jednak gruczoły, którym przypisujemy zdolność wydzielania wewnętrznego, różnią się między sobą pod względem zawartości farmakodynamicznych składników, a więc tem samem pod względem biologiczno-chemicznej twórczości. Godzi się to zresztą najzupełniej z współczesnymi poglądami o swoistości budowy różnorodnych komórek pojedynczych narządów i tkanek i o dokładnie zróżniczkowanym podziale pracy biologicznej komórek [3])

Gdybyśmy wszakże pomijać chcieli wszystkie bliższe szczegóły, odnoszące się do zagadnień szczegółowych o działaniu wazodylatyny i wazohipertenzyny, a uwzględnili to tylko, co odnosi się do samego faktu pobudzenia autonomicznego i współczulnego, to w wynikach badań Popielskiego i jego współpracowników mielibyśmy bardzo pożądany materyał do stworzenia zasadniczych pojęć o istnieniu stałych biologicznych drażników układu wegetatywnego. Na pierwszy rzut oka oznaczałoby to negacyę rozpowszechnionych bardzo zapatrywań o hormonach w pojęciu Starlinga i jego zwolenników, a nawet o wydzielaniu wewnętrznem wogóle. Niema jednak, jak sądzę, bezwzględnej potrzeby, aby tworzyć koniecznie dwa skrajnie różne zapatrywania i przeciwstawiać je sobie jaskrawo. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby wypowiedzieć przypuszczenie, że ciała, wykryte we wszystkich tkankach przez Popielskiego, przedstawiają związki o wyraźnych farmakodynamicznych, wybiórczych, ale jeszcze niedokładnie w pojęciu organotropijnem zróżniczkowanych własnościach. Można w nich upatrywać poniekąd surowy materyał, z którego dopiero przez dalszą pracę biologiczną rozmaitych komórek powstają zupełnie swoiste drażniki. Można się nawet pokusić o to, aby powyższe przypuszczenie, a przynajmniej upoważnienie do wygłaszania go, uzasadnić paru szczegółami.

Jeśli sięgniemy do badań, zajmujących się poznawaniem złożonych wpływów soków gruczołowych, znajdujemy w nich spostrzeżenia, które pokazują, że niektóre z tych wyciągów uzupełniają się poniekąd. Stosując je razem, wywołać można przy pomocy małych dawek o wiele znaczniejszy skutek, aniżeli przy używaniu pojedynczych wyciągów. Mówimy w tych razach o naczulaniu pewnych tkanek. Zjawisko tego rodzaju występuje na jaw przy złączonem działaniu nadnerczyny i soku z tarczycy, nadnerczyny i wyciągów z przysadki. Mamy w niem do pewnego przynajmniej stopnia dowód, że związki chemiczne o zróżniczkowanych organotropijnych własnościach w ramach wspólnych skłonności sympatykotropijnych wspierają się jednak wzajemnie, a tem samem dowód, że posiadają dynamiczne pokrewieństwo. Zresztą i poza ustrojem zwierzęcym znajdują się ciała białkowate pochodne, które działaniem swojem zbliżają się najzupełniej do działania nadnerczyny i hypofizyny. Należy do nich n. p. uteramina, połączenie z jądrem tyrozynowem, uzyskane w pracowni fabryki przetworów farmaceutycznych La Zyma i używane w lecznictwie do tamowania krwotoków, wzniecania skurczów macicy, skrzepiania mięśnia sercowego. Dynamiczne pokrewieństwo z nadnerczyną i hipofizyną jest więc bardzo wyraźne.

Z drugiej znów strony wskazać można na fakt, że istota chromochłonna nadnerczy wyczerpuje się skutkiem znacznej pracy mięśniowej i musi się dopiero wśród spoczynku odnowić, wytworzyć na nowo. Do tego potrzeba materyału, napoły już przysposobionego. Bo i dlaczego miałyby komórki nadnerczowe budować »ab ovo«, skoro cały ustrój jest wzorem doskonale przeprowadzonego podziału pracy. Wystarczy, jeśli nadadzą wytworowi swej pracy organicznej biodynamiczną swoistość. Ostatecznie hormony tworzą się z ciał proteinowych, zmienionych przez działanie zaczynów na krystaloidy. Wazodylatyna Popielskiego powstaje jako wytwór trawienia pepsynowego i trypsynowego, a więc tworzy się, o ile chodzi o żywy ustrój, w tym okresie pracy, służącej przygotowaniom materyałów odżywczych i budowlanych, w którym nie ma jeszcze mowy o działa-

---

[2]) L. Popielski. Die Theorie der Hormone und innere Sekretion. Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1913. Nr 38.

[3]) Por. m. i. E. Abderhalden: Abwehrfermente des tierischen Organismus. II. Aufl. 1913.

niu zaczynów komórkowych pojedynczych narządów, a więc i o powstawaniu swoistych związków komórkowych.

Wprowadzenie sprawy hormonów w związek bezpośredni ze sprawą biologicznego wewnątrzustrojowego rozdrabniania i przerabiania białka, zmusza wprost do tego, aby bodaj powierzchownie dotknąć zagadnień, odnoszących się do farmakodynamicznego znaczenia ciał białkowatych, powstających przy działaniu zaczynów ustrojowych.

W pewnych warunkach wywierać mogą wytwory trawienia białka bardzo wyraźny wpływ trujący. Typowym przykładem w tym kierunku jest zjawisko anafilaksyi doświadczalnej, powstającej u zwierząt po powtarzanem wprowadzeniu do ich ustroju, z ominięciem przewodu pokarmowego, dowolnych rodzajów białka, u ludzi zaś szereg chorobliwych objawów, powstających niekiedy po jednorazowem, częściej po parokrotnem wstrzyknięciu surowic leczniczych. Obie te sprawy tłómaczymy w jednakowy sposób, przyjmując, że w ustroju znajdują się niezwykłe, obce dla komórek związki białkowate, które wzniecają chorobliwe biologiczne odczyny. Powstanie swe zawdzięczają one działaniu zaczynów, wytworzonych pod przymusem przez komórki w tym celu, aby usunąć niezwykły materyał. Przy tem to usuwaniu, albo, wyrażając się ściślej, przy komórkowem trawieniu powstają z drobin białka okruchy o trujących znamionach. Do takiego pojęcia istoty anafilaksyi doprowadziły badania doświadczalne, w których drogą parenteralną wprowadzano do ustroju rozczyny peptonu Wittego. Do tego samego wniosku uprawniają także badania Friedemana i Isaaka, zajmujące się poznaniem działania białka nietkniętego jeszcze zupełnie trawieniem, jeśli się dostanie do ustroju z pominięciem narządu pokarmowego.

Obraz zatrucia, jaki powstaje po wstrzykiwaniach peptonu Wittego, przypomina bardzo dokładnie zespół objawów, spostrzeganych we wstrząsie anafilaktycznym. Należą do nich znaczne obniżenie parcia krwi, zmniejszenie stopnia krzepliwości krwi, zmniejszenie ilości ciałek białych, a dalej ożywienie krążenia limfy i zwiększone wydzielanie wszelkich soków trawiących, jak śliny, soku żołądkowego, trzustkowego, żółci i t. d. Analogia zjawisk będzie prawie zupełna, jeśli wskażemy na odkryte niedawno przez Biedla i Krausa zjawisko skurczu mięśni drobnych oskrzeli, rozdęcia pęcherzyków płucnych i stężenia płuc.

Łatwiej wszakże było poznać w drobnych nawet szczegółach cały ten obraz, aniżeli zdać sobie sprawę z tego, co go wywołuje, jakie ciało, czy jakie ciała są tu czynne. Rozmaici badacze przypisują tę rolę rozmaitym pochodnym związkom białkowatym. W szeregu ich znajdujemy β-iminazolylacetylaminę, klupeinę, kryniny, metylguanidynę, wreszcie w ostatnich czasach także wazodylatynę, na którą wskazują badania Popielskiego i Modrakowskiego, po części także Biedla i Krausa. Dalszym badaniom przypadnie w udziale rozjaśnić dokładniej tę sprawę. Ale już obecnie stwierdzić można na pewne, że wchodzą tu w grę związki, powstające z białka trawionego przez zaczyny komórkowe bez poprzedniego działania zaczynów narządu pokarmowego, a dalej, że bodaj wyłączne znaczenie mają związki kwasów dwuaminowych. Wskazuje na nie zwłaszcza Schittenhelm[4]) w bardzo zajmującej krytycznej pracy, poświęconej omówieniu całego szeregu ważnych zagadnień biologicznych. Prawdopodobnie liczyć się trzeba przy rozważaniu całej tej sprawy z obecnością nie jednego tylko związku, lecz większej ich liczby, może z szeregiem chemicznych połączeń, w którym każde następne powstaje z poprzedzającego. Powstają one przez pracę, odbywającą się w warunkach zupełnie nieprawidłowych, ale i ta praca biologiczna rozwijać się musi według jakichś prawideł i w niej musi być podział i ład. Ustrój posiada wogóle wielką zdolność do wytwarzania rozmaitych swoistych zaczynów. Świadczą o tem m. i. bardzo niedawne badania Abderhaldena, zajmujące się poznawaniem t. zw. ochronnych zaczynów. Wyniki ich zastosowano już nawet do celów rozpoznawczych (rozpoznawanie ciąży, nowotworów, gruźlicy i t. d.) przez wyzyskanie zjawiska dializy i zależnych od niej zmian w odchylaniu promieni światła, przechodzących przez rozczyny dializatów. Posługiwać się można zresztą w tym samym celu także odczynami chemicznymi.

Zdawaćby się mogło na pozór, że badania, zajmujące się poznaniem skutków, powstających po parenteralnem wprowadzeniu białka do ustroju, nie mają znaczenia dla oceniania dynamobiologicznej roli ciał białkowatych, które drogę do krwi odbyły przez przewód pokarmowy i stanowią wytwory prawidłowego trawienia. Należałoby przypuszczać, że w tej drodze straciły one wszelkie obce dla ustroju cechy, stały się tylko materyałem pokarmowym lub budowlanym, a nie posiadają już żadnych własności farmakodynamicznych. W rzeczy samej dzieje się to do pewnego tylko stopnia. Codzienne, nawet nielekarskie spostrzeganie uczy, że po spożyciu znaczniejszej ilości pokarmów białkowatych, zwłaszcza mięsnych, coś się zmienia w ustroju; niekiedy i u niektórych osób powstają nawet objawy, których żadną miarą nie możemy uważać za zwykłe następstwo nasycenia. Do najczęstszych należą zmiany w czynności serca i w stanie naczyń, niekiedy uczucie duszności, dość często ociężałość, a nawet ospałość. Nie możemy ich tłómaczyć tylko trawieniem, jako takiem i innem rozmieszczeniem krwi. Z konieczności przyjąć trzeba, że działają tu czynniki dynamiczne, tkwiące w ciałach, powstających przez rozczłonkowanie drobin białka pokarmowego. Wymownym wyrazem takiego działania są zjawiska idyosynkrazyi i pokrewne im zjawiska samozatrucia, polegające według współczesnych, ogólnie przyjętych zapatrywań na działaniu wytworów trawienia białka, które bądź to skutkiem swej niezwykłości, bądź też może tylko z powodu większej, aniżeli wolno, ilości wywierają wpływ wprost trujący. Tego rodzaju związki znajdują się prawdopodobnie stale we krwi w okresie trawienia. Przemawiają za tem w wysokim stopniu także badania Abderhaldena, które wykazały, że surowica krwi zawiera wtedy znaczniejszą ilość ciał białkowatych, przechodzących przez błony zwierzęce, a więc ciał o własnościach krystaloidów. Abderhalden i Pinkussohn wprost wykazali zresztą, że we krwi psów, którym podawano białko w bardzo dużej ilości, pojawia się zaczyn proteolityczny. Najwidoczniej przepuszczają ściany przewodu pokarmowego nadmiar białka. Inaczej nie możnaby sobie wytłómaczyć, dlaczego zjawia się we krwi zaczyn trawiący. Zjawisko leukocytozy trawiennej dostarcza, zdaje się, również dowodu, że w ustroju pojawiają się

[4]) A. Schittenhelm. Eiweissabbau, Anaphylaxie und innere Sekretion. Deut. med. Woch. 1912. Nr 11.

w toku trawienia ciała, które wywierają wpływ chemotaktyczny, a więc temsamem ciała o własnościach farmakodynamicznych. I byłoby istotnie rzeczą godną uwagi zająć się systematycznem zbadaniem dynamicznych wpływów surowicy krwi w różnych okresach trawienia względnie nasycenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Frank: **Odkażenie skóry steroliną.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń). F. zaleca do odkażania skóry podaną przez siebie kombinacyę kilku środków pod nazwą sterolina. Składa się ona z 3% balsamu peruwiańskiego, 2% kwasu octowego (96%) i 2% olejku rącznikowego w rozczynie alkoholowym. Najpierw naciera się pole operacyjne lub ręce 1—2 minut wacikiem, napojonym steroliną, a potem dwa razy pędzluje steroliną. Dotychczasowe próby przy operacyach dały wyniki bardzo zachęcające. K.

Bachem: **Trwałe zastąpienie jodyny środkiem stałym.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 47). Używana obecnie powszechnie do odkażania skóry jodyna ma tę wadę, że rychło się rozkłada (a wskutek tego drażni skórę) i nie nadaje się do przewozu. Zamiast niej zaleca autor tabletki podwójne, które rozpuszcza się w wodzie. Jedne zawierają jodek sodu, a drugie kwas winny. Gdy się te tabletki razem wrzuci do wody, rychło wywiązuje się wśród burzenia jod, który pozostaje potem nadal w rozczynie nadmiaru jodku sodu. Rozczyn taki można tedy zawsze świeżo sporządzać; przy odkażaniu nim należy najpierw skórę odczyścić alkoholem. K.

Hoffmann: **Nowoczesne sposoby znieczulania.** (Med. Klinik, 1913, Nr 39). Uśpienie chloroformem ustępuje obecnie coraz więcej miejsca eterowemu kroplowemu, zwłaszcza że to usypianie eterem jest tak mało ryzykowne, iż może go dokonywać nawet i laik. Wszelkie przyrządy do usypiania są tu zbyteczne. Inne środki do usypiania są zbyt niepewne. Stosowanie eteru przez odbytnicę oddaje też niezłe usługi, trzeba jednak do tego mieć urządzenie do ogrzewania i odprowadzania z powrotem kondensowanego eteru. Również stosowane ostrożnie uśpienie śródżylne eterowe daje niezłe wyniki. Do znieczulania miejscowego najlepiej używać nowokainy z adrenaliną. Znieczulenie żylne Biera nie przedstawia zbyt wielkich korzyści w porównaniu z miejscowem lub w przewodnictwie nerwów. Znakomite usługi oddaje znieczulenie rdzeniowe, wprawną ręką wykonane, podobnie polecane przez Francuzów znieczulenie lędźwiowo-krzyżowe. Mniej natomiast pewne jest znieczulenie pozaoponowe. Celem potęgowania działania środka znieczulającego, zaleca H. kombinacyę nowokainy z siarczanem potasowym, n. p. »Rp. Novocain 0,125, sol. kal. sulfurici (2%) 20,0, sol. natr. chlorati (0,9%), ad 100,0, sol. supraren. (1‰) gtts 12,0«. Znieczulenie występuje tu nieco później, ale jest silniejsze i nie ma potem bólu następowego. K.

Suchy: **O zastosowaniu znieczulenia krzyżowego w chirurgii.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 125, l. II). Znieczulenie to, techniką Cathelina, zastosowano w 172 przypadkach, używając 1—1·33% nowokainy w ilości 40—100 cm^3 płynu. Działanie bywało bardzo różne. Znieczulenie zjawiało się po 8—10 minutach, trwało do 2 godzin. Znieczulenia tego nie należy stosować u alkoholików i nerwowych. 15 razy znieczulenie zawiodło, w 3 przypadkach trzeba było dodać uśpienie, nie brak też powikłań ubocznych. Gdy trójgraniec wchodzi trudno i nie da się swobodnie poruszać, lepiej nie podejmować tego znieczulenia. K.

Hammer: **Pierwsze opatrzenie rany na wojnie.** (Deut. milit. Ztg. 1913, Nr 3). Zasady nowoczesnego opatrywania ran na wojnie, aczkolwiek zupełnie proste, nie są jednak dostatecznie znane wielu lekarzom, którzy z konieczności muszą w czasie wojny zajmować się chirurgią. H. podaje też w streszczeniu te zasady w postaci niejako przykazań. I tak pamiętać należy, że pierwszy opatrunek rozstrzyga o dalszym losie rannego. W polu nie należy rany zupełnie dotykać palcami, płukać, odczyszczać, sondować lub szyć, lecz jaknajprościej opatrzeć. Ranie, zwłaszcza przy możliwości uszkodzenia kości, trzeba zapewnić spokój, wstrząs zwalczać morfiną, stosować też wlewania soli i dbać o dobry transport chorych. Przy ranach brzucha należy wstrzymać wszelkie napoje i karmienie, a opatrywać sumiennie. Zawsze jednak należy oszczędzać materyału bardzo, bo może go potem nadspodziewanie zabraknąć. K.

Berger: **Kombinowane leczenie czyraków nalewką jodową i ichtyolem.** (Med. Klinik, 1913, Nr 46). Leczenie uporczywych czyraków jest nieraz bardzo żmudne i trudne; na obwodzie wciąż tworzą się nowe i t. d. B. uzyskuje w przypadkach uporczywych, a tem bardziej zwykłych, bardzo dobre wyniki, smarując skórę naokoło jodyną i przykładając potem na chore miejsce 10% ichtyolwazelinę lub sam ichtyol. Przy tem leczeniu nie tworzą się nowe ogniska, nacieki znikają i sprawa goi się szybko. Smarowanie nalewką powtarza się ewentualnie kilka razy, o ile istnieje naciek i zaczerwienienie; w razie podrażnienia skóry jodyną przerywa się oczywiście smarowanie jodyną, a stosuje sam ichtyol. K.

Kraus i Karewski: **Cukrzyca a operacya.** (Tow. med. wewn. i chirurg. Berlin. XI. 1913).

Kraus: Zdanie Boucharda, że chorego na cukrzycę nie należy operować, w zasadzie obecnie nie może się utrzymać. Wskazania do operacyi określamy tu podobnie, jak w chorobach serca. Właśnie przy ciężkich ropnych sprawach trzeba w cukrzycy operować, natomiast przy zgorzeli na tle stwardnienia tętnic można stosować więcej zachowawcze leczenie. Chirurdzy powinni więcej zajmować się sprawą nowoczesnego leczenia hyperglikemii. Ścisła aseptyka jest przy operacyach nieodzowna ze względu na podatność tkanek na zakażenie. O ile możności należy przed operacyą ilość cukru w moczu zmniejszyć; dobre usługi oddaje tu soda wewnętrznie, natomiast unikać jej należy śródżylnie.

Karewski: Chirurg po operacyi chorego na cukrzycę obawia się głównie śpiączki cukrzycowej; wystąpić ona może mimo przygotowań, aseptyki i nawet u chorych z lekką cukrzycą. T. zw. acydozy są nieraz wywołane sprawami septycznemi i znikają po operacyi, nie powinny też być przeciwwskazaniem do zabiegu. Unikać należy w cukrzycy tylko operacyi kosmetycznych, względnie takich, które zastąpić można innem leczeniem. Nieraz rzekomo wyleczona cukrzyca po operacyi zaczyna się stale pogarszać. Jeżeli mamy się decydować na operacyę, to nie należy z nią zwlekać, bo zabiegi późne dają 50% śmiertelności. W razie amputacyi należy robić ją wysoko, znacznie wyżej, niż u innych chorych. Do uśpienia ogólnego stosować należy eter. Klęsk.

Lunckenbein: **W sprawie leczenia nowotworów złośliwych.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 1). Wcale dobre wyniki osiąga L. przez leczenie nowotworów złośliwych autolizatami, które otrzymuje przez wyciąganie z nowotworów soku i przechowywanie tego soku w zatopionych rurkach na lodzie, gotowych do użytku. Im wyciąg starszy, tem dawka mniejsza (5—25 cm^3). Dawniej wstrzykiwał L. podskórnie, obecnie śródżylnie. Po wstrzyknięciu następuje do 15 godzin trwający odczyn ogólny z gorączką, nieraz nudności, ból głowy i biegunki. L. czuje się uprawnionym stosować obecnie to leczenie na szerszą skalę, i to nietylko w przypadkach rozpaczliwych, a zachęca innych do takich-

że prób, zwłaszcza, że sposób uzyskania autolizatów jest bardzo prosty. K.

Weinbrenner: **Wyleczenie raka skórnego kwasem salicylowym.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 3). Na podstawie swych spostrzeżeń zaleca W. leczyć raki skórne zapomocą zasypywania kwasem salicylowym i pokrywania plastrem cynkowym lub salicylowym Beiersdorfa. Kwas salicylowy zżera bardzo energicznie tkanki; tworzy się strup, poczem pozostaje wcale ładna blizna. (Jeżeli się jednak zważy, że leczenie to, jak sam autor przyznaje, jest długie, bardzo bolesne, a w dodatku, jak sam autor zaznacza, w jednym przypadku, rzekomo wyleczonym, wytworzył się przerzut, to czyż nie lepiej takie przypadki poddać o ile można operacyi? Przypisek sprawozdawcy). K.

Perim: **O patogenezie i leczeniu tężca.** (Mit. a. d. Grenzgeb. 27. Z. 1). Leczenie tężca antytoksyną powinno zawsze być stosowane. Wprawdzie śmiertelność przy leczeniu tem pozostaje jeszcze wysoka (62% przy surowicy, 82% bez niej), ale bądź co bądź skutek jest widoczny. Stosować się powinno surowicę śródoponowo; o ile możności w pierwszych 20—30 godzinach wykonać należy nakłucie lędźwiowe, wypuścić do 30 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego i wstrzyknąć 100—200 jednostek uodporniających. Potem należy ułożyć chorego z głową w dół. Prócz tego wykonać należy miejscową rewizyę rany, szerokie nacięcie, tamponadę; ogólnie wodan chloralu, morfina, ew. chloroform lub eter. Przez 5—6 dni z rzędu wstrzykuje się śródoponowo lub śródmięśniowo po 100—200 jednostek surowicy. K.

Lichtenstein: **Tuberkulina Rosenbacha w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.** (Arch. f. klin. Chir. 102. IV). Na mocy doświadczenia z kliniki w Halle poleca L. tuberkulinę Rosenbacha, jako wcale dobry środek pomocniczy przy leczeniu gruźlicy chirurgicznej. Przy ogniskach zamkniętych stosował L. środek ten miejscowo, przy przetokach w okolicę ogniska, zmieniając miejsca wstrzyknięcia. Po większych dawkach występuje wybitny przemijający odczyn ogólny. Zwykle zaczyna się od dawki 0,1 cm^3 i postępuje za każdym razem o $1/_{10}$ cm^3 aż do 1,0 cm^3, wstrzykując ogółem 20—30 cm^3. Zaprzeczyć się nie da, że leczenie to wspomaga inne sposoby leczenia i że przez to otrzymuje się nawet w uporczywych przedtem przypadkach dobre wyniki. Zwłaszcza kombinacya tuberkuliny z leczeniem gorącem powietrzem oddała L. dobre usługi. L. podnosi też możność rozpoczynania przy tem leczeniu wczesnych ruchów biernych i czynnych, bo bolesność stawu znika rychło. K.

Zinsser: **Prosty sposób zastąpienia nosa.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 49). Swego czasu Henning wzbudził wielkie zajęcie, podając miękką masę do robienia nosów. Nos taki przylepia się na twarz; jest on łudząco podobny do skóry i rusza się wraz z twarzą. Niestety Henning skład masy trzyma w tajemnicy, przez co masa ta jest bardzo droga i dla mniej zamożnych trudno dostępna. Po wielu próbach wyrabia Z. obecnie podobną masę; nos może sobie każdy chory w domu sporządzać. Potrzeba do tego 50 cm żelatyny, którą rozpuszcza się w kąpieli wodnej, poczem dodaje się 100 gr. gliceryny i o ile potrzeba dla koloru bieli cynkowej, cynobru i ultramaryny. Masę rozpuszczoną wlewa się do formy gipsowej i gdy zakrzepnie, sztuczny nos jest gotowy. Przylepia się go przez ogrzanie, ew. mastyksem na twarz, wyrzeźbiwszy przedtem dziurki, a po przylepieniu lekko pudruje. Nos taki wystarczy na kilka dni, poczem chory sporządza sobie nowy. Nos taki kosztuje bardzo niewiele, a kosmetyczny wynik jest znakomity. K.

Salomon. **Zastąpienie nosa przy toczniu.** (Med. Klin. 1914, Nr 6). Swego czasu podał Henning swoje słynne nosy z miękkiej masy, które przylepia się przy braku nosa na jego miejsce i osiąga się znakomity efekt. Niestety H. skład tej masy trzyma w tajemnicy. S. jednak doszedł do czegoś podobnego. Robi najpierw model nosa z wosku, przymocowuje go do twarzy chorego, z tego zdejmuje odlew gipsowy, do którego wlewa masę, złożoną ze 100 gr. gorącej wody, 50 gr. żelatyny, 40 gr. gliceryny, zabarwioną karminem lub okrem stosownie do potrzeby Po skrzepnięciu nos ten przylepia się mastyksem do twarzy. Chorzy uczą się tej roboty szybko, bo taki sztuczny nos wystarcza tylko na kilka dni i trzeba go ciągle odnawiać. K.

Schindler: **Leczenie raków błony śluzowej jamy ustnej zapomocą radu.** (Med. Klinik, 1913, Nr 49). Jak wiadomo, raki jamy ustnej przebiegają zwykle bardzo złośliwie, a wyniki operacyi są bardzo wątpliwe. S. w kilku przypadkach zastosował tutaj leczenie radem i z leczenia tego jest bardzo zadowolony, bo otrzymał wyniki, równające się wyleczeniu. Radem powinno się zdaniem autora leczyć raki jamy ustnej w następujących przypadkach: 1) Zawsze po operacyi celem wczesnego zapobiegnięcia nawrotom, 2) tam gdzie nie można operować, n. p. ze względu na opór chorego, zły stan ogólny lub zbyt rozległe zmiany. Prócz tego stosować należy to leczenie u chorych operowanych systematycznie co pewien czas. Zamiast ogromnych dawek na raz lepiej stosować często mniejsze dawki, bo działają one zbiorowo, lecz znowu dawki nie powinny być za słabe, bo wtedy nieraz mogą pobudzić nowotwór jeszcze do wzrostu. Nie należy się zrażać odczynem ogólnym do dalszego leczenia. Nieraz zapomocą radu uzyskać można jeżeli nie wyleczenie, to choć chwilową ale wybitną poprawę. K.

Fritsch: **Doświadczenia nad leczeniem gruźlicy gruczołów szyjnych promieniami Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 47). F. zachwala bardzo to leczenie. Nadaje się ono zwłaszcza u osób młodych ze świeżemi powiększeniami gruczołów, mniej już przy ropieniu, a najmniej przy przetokach, choć i tu nieraz uzyskać można wybitną poprawę. Leczenie jest dość żmudne, posiedzenia co 3—4 tygodni (pełna dawka przy gruczołach twardych, mniejsza przy zropiałych lub przetokach) trwają nieraz do $1/_2$ roku, choć często już po jednej dawce bywa skutek uderzający. Gruczoły znikają nieraz zupełnie i pozostaje po nich tylko twardy postronek. Unika się przez takie leczenie szpecącej blizny i uszkodzeń i nie wstrzymuje się chorego ani na jeden dzień od zwykłych zajęć. Powikłania gruźlicze w innych narządach pogarszają znacznie rokowanie miejscowe. K.

Haberer: **Częściowe usuwanie grasicy i jego wyniki.** (Mit. a. den Grenzgeb. 27. Z. 2). Na podstawie 9 przypadków częściowego usunięcia grasicy u chorych, cierpiących na chorobę Basedowa, dochodzi H. do następujących wniosków: 1) Korzystne wyniki usuwania grasicy przy chorobie Basedowa przemawiają za tem, by operując wola przy chorobie B. szukać zawsze i usuwać także grasicę mimo braku klinicznych objawów jej istnienia. 2) Usunięcie grasicy nie tylko nie przedstawia niebezpieczeństw, ale przeciwnie wpływa bardzo korzystnie na stan chorych, usuwając możliwe powikłania n. p. ze strony serca, podniecenia i t. p. 3) Bezwarunkowo istnieją stany chorobowe, gdzie usunięcie grasicy działa pewniej, niż usunięcie samej tarczycy. 4) Przy przypuszczeniu status lymphaticus nawet przy operacyi zwykłego wola należy szukać grasicy, zwłaszcza jeżeli istnieją zagadkowe zaburzenia ze strony serca. 5) Częściowe usunięcie grasicy zmniejsza bezwarunkowo niebezpieczeństwo t. zw. śmierci grasicznej. K.

Leschke: **Trójgraniec z bocznemi otworami.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 47). Trójgraniec zwykły ma tę wadę, że otwór zatyka się często, n. p. przy nakłuciach brzucha siecią, pętlą jelitową i t. p., przez co odpływ bywa zły, a trójgraniec musi mieć duży kaliber. L. podaje trójgraniec posiadający i boczne otwory, tak, że zatkanie się wszystkich otworów jest wyłączone, kaliber przyrządu może być wskutek tego mniejszy i można przezeń nawet aspirować płyn. K.

Dünkeloh: **Wrzód dwunastnicy.** (Mit. a. d. Grenzgeb. 27. Z. 1). W klinice lipskiej na 200 operacyi, podję-

tych z powodu rozpoznania wrzodu żołądka, spotkano w 50 przypadkach wrzód dwunastnicy. Najtypowszym objawem był ból w 2—5 godzin po jedzeniu, rozpromieniający się w prawy bark i udo. Prócz tego typowe napady w długich odstępach czasu, czasem ból z głodu. Apetyt u chorych bywa zwykle dobry. Wymioty zdarzają się w połowie przypadków. Przy badaniu stwierdza się często ból przy ucisku nieco na prawo od linii środkowej. Kwas solny zachowuje się różnie. Przy badaniu promieniami Röntgena spotyka się nieraz cechujące obrazy, jak otwarty odźwiernik, szybkie opróżnianie się żołądka i t. p. Leczenie w przypadkach przewlekłych i uporczywych operacyjne, przy ostrym krwotoku zachowawcze (atropina, adrenalina, wlewania chlorku wapna i t. p.). K.

Laryngologia i otyatrya.

Citelli: **Pituitryna w krwotokach pooperacyjnych i samoistnych w drogach oddechowych.** (Zeitschr. f. Laryng. T. VI S. 525). Zachęcony szybkiem działaniem wstrzykiwań pituitryny w przypadkach krwotoków tak samoistnych, jak i pooperacyjnych, stosował Citelli pituitrynę także na pół godziny przed zabiegiem operacyjnym, gdzie należało się spodziewać znacznego krwawienia i spostrzegał wybitny wpływ tak na zmniejszenie krwawienia podczas zabiegu, jak i krwawienia następowego. A. B.

Louffs: **Uteramin Zyma jako środek przeciwkrwotoczny przy operacyach w nosie.** (D. med. Wochenschrift 1913 Nr 46). Uteramin Zyma, rozczyn chlorhydratu z paraoksyfenyletylaminem, stosował autor w postaci wstrzyknięć podskórnych 1 cm³ z korzystnym wynikiem w przypadkach krwawień po zabiegu operacyjnym; również spostrzegał działanie korzystne przy zastosowaniu na miejsce krwawiące tamponu z waty, zmoczonego w rozczynie uteraminu. Oprócz tego działa uteramin także zapobiegawczo przeciw krwotokowi, wstrzyknięty podskórnie przed zabiegiem operacyjnym. Najczęściej wystarcza dawka 1 cm³, która jednak może być podniesiona. A. B.

Seifert: **Laryngoskopia wieszadłowa w rozszerzonem zastosowaniu.** (Zeitschrift f. Laryng. T. VI. S. 607). Przez zastosowanie podanego przyrządu, którym odsuwamy krtań od tylnej ściany gardła, udostępniamy dla badania dolny odcinek gardła (hypopharynx) i wejście do przełyku. W ten sposób części te nietylko możemy dokładnie obejrzeć, ale wykonywać tu różne zabiegi, jak wydobycie ciała obcego, usunięcie nowotworu względnie jego cząstki dla zbadania drobnowidowego. Wreszcie ta pozycya wieszadłowa okazała się bardzo praktyczna do badania samego przełyku, względnie wykonywania w nim zabiegów, szczególnie u dzieci. Autor nadaje tej metodzie w takich razach nową nazwę: ezofagoskopii wieszadłowej. A. B.

Tovölgyi: **Działanie lecznicze prątka okrężnicy w przypadkach gruźlicy krtani.** (Zjazd lek. międzyn. w Londynie 1913. Sekcya laryngol.). Od trzech lat w blizko 80 przypadkach stosował autor pędzlowanie krtani żywemi hodowlami prątka okrężnicy (bacterium coli commune) i zauważał stale korzystny wpływ na zmiany gruźlicze, głównie owrzodzenia, z których powierzchowne goją się szybko, a głębsze, choć opierają się więcej leczeniu, przecież zwolna okazują polepszenie. Wskutek pędzlowań zmniejszają się także nacieki, a miejscowa poprawa objawia się również zmniejszeniem bólów przy przełykaniu. Niewątpliwie poprawa miejscowa zależy wiele od stanu płuc, a nawet w kilku korzystnych przypadkach spostrzegano zupełne wyleczenie zmian w krtani. A. B.

Castex: **Sposoby i wyniki leczenia chorób gardła nosa i ucha salwarsanem i innymi środkami arszenikowymi.** (Referat na XVII Zjeździe międzynar. lek. w Londynie 1913). Zdaniem autora cierpienia uszne, występujące po używaniu salwarsanu, można przypisać działaniu tego środka tylko wtedy, jeżeli występują w przeciągu miesiąca po jego zastosowaniu. Natomiast powikłania uszne, pojawiające się dopiero po 2—3 miesiącach, należy kłaść na karb kiły, niewyleczonej salwarsanem. C. zestawia 20 takich przypadków, z których należało odnieść zmiany uszne 9 razy do kiły, 11 razy do salwarsanu. Między 25 przypadkami, leczonymi salwarsanem, było 8 z poprawą, 17 z pogorszeniem. Na poprawę można liczyć przedewszystkiem w przypadkach kiły dziedzicznej, a poprawa jest możliwa, jeżeli chory dawniej nie miał choroby usznej i nie jest przez swój zawód wystawiony na hałasy, huk i t. p. Choroby uszne, sprawione salwarsanem, polegają na bólach i na objawach nawału krwi, wiodącego do krwawień i do głuchoty. Głuchota może być przemijającą albo uporczywą; uporczywą wtedy, jeżeli już poprzednio istniała otoskleroza lub było kiłowe cierpienie błędnika. Porównując działanie rtęci z działaniem salwarsanu dochodzi się do wniosku, że rtęć zdaje się być skuteczniejszą i że tam, gdzie rtęć nie działa, tam i salwarsan zostaje bez skutku. Spira.

Citelli: **Nowa praktyczna metoda wyleczenia bezgłosu histerycznego.** (Wykład na XVII międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Londynie r. 1913). Metoda autora polega na tem, że podpierając kark chorego lewą ręką, chwyta się palcem wskazującym i kciukiem prawej ręki boczną część kości gnykowej i chrząstki tarczowatej i uciska ją nagle, szybko, silnie i boleśnie. Gdy chory, przestraszony i zatrwożony, chce krzyczeć i uwolnić się od ucisku kieruje się do niego głośno i szybko pytania jedno po drugiem, by go zachęcić do odpowiedzi. Chory, zaskoczony i zmieszany pytaniami, niemając czasu namyśleć się i w ten sposób uwolniony od mniemanego stanu chorobowego, odpowiada głosem prawidłowym, pełnobrzmiącym. Dla zapobieżenia nawrotom nakazuje się choremu, by tym samym głosem prawidłowym dalej mówił, tak że chory zapomina o swoim dawniejszym bezgłosie. W ten sposób leczył autor czworo chorych, 2 mężczyzn i dwie kobiety, z których jedna 60-letnia była już bez głosu przez 3 lata i leczona bez skutku różnemi innemi metodami. U wszystkich czworga chorych osiągnął autor metodą swoją skutek dobry i doraźny. Spira.

Mounier: **Bóle głowy i rwa pochodzenia nosowego.** (La quinzaine thérap. 1913 Nr 14). Istnieją przypadki bólów i rwy głowy przeważnie jednostronnych, mających swoje źródło w nosie. Bóle te powstają przez podrażnienie gałązki n. trójdzielnego wskutek częstego lub ciągłego stykania się małżowin nosowych z przegrodą nosową. Rozpoznanie tej choroby zasadza się na wywołaniu takich bólów przez dotknięcie zgłębnikiem (bez zastosowania kokainy) tego miejsca stykania się małżowin z przegrodą. Czasem potrzebne jest zastosowanie adrenaliny dla lepszego uwidocznienia miejsca, z którego bóle pochodzą. Jedynem leczeniem, które stosować należy, jest operacya śródnosowa w celu zniesienia tego stykania się małżowin z przegrodą, a więc usunięcie podrażnienia gałązki nerwowej, będącej pierwszą przyczyną wymienionych bólów. Tak leczonych i wyleczonych chorych miał autor dziewięciu. Spira.

Menzel: **Co powinien lekarz praktyczny wiedzieć o zapaleniu pobocznych jam nosa, szczególnie jamy czołowej i szczękowej.** (Die Heilkunde 1913 Nr 20, 21). Zapalenie jamy czołowej i szczękowej rzadko wychodzi od ich kostnych ścian. Zapalenie okostnej tych ścian, próchnienie zębów, uraz, kiłowe i gruźlicze zajęcie tych ścian może dać powód do ropnego zapalenia tych jam pobocznych. W przeważającej jednak części przypadków przyczyną tej choroby bywa pierwotne zapalenie błony śluzowej. Ostry nieżyt nosa może rozszerzyć się przez ciągłość na błonę śluzową jam pobocznych. W przebiegu chorób zakaźnych, jak róża, grypa, płonica, odra, dur, zapalenie opon mózgowych, ulegają zapaleniu bardzo często poboczne jamy nosowe.

Z objawów podmiotowych najczęstszym i najwybitniejszym jest ból głowy; nieraz ten jedyny objaw kieruje chorego do lekarza. Najwięcej typowym jest ten ból w ostrem

zapaleniu jamy czołowej, gdzie występuje na przedniej jej ścianie, pojawiając się samorodnie i wzmagając się znacznie przy ucisku. W ostrem zapaleniu jamy szczękowej ból odczuwają chorzy przeważnie w zębach szczęki górnej, na policzku zajętej strony lub w gałce ocznej. Bardzo często ból w ostrych zapaleniach jam pobocznych nosa przebiega typowo okresowo, występuje przed południem w krótszy lub dłuższy czas po opuszczeniu łóżka, wzmagając się ku popołudniu, osiągając swój szczyt około 1—2. godziny, i znów stopniowo zmniejszając się pod wieczór, a w nocy zupełnie znikając. — Przewlekłe zapalenie ropne jamy szczękowej może istnieć latami bez najmniejszego bólu. Odwrotnie w przewlekłem ropieniu jamy czołowej bólów zwykle nie brak. Tu jednak ból nie występuje tak typowo i regularnie, jak w zapaleniu ostrem. A tylko wtedy, jeżeli ujście jamy czołowej w nosie jest zatkane przez przerosłą błonę śluzową lub polipy tak, że wydzielina się zatrzymuje, jak również przy zaostrzeniu się sprawy zapalnej, bóle te występują znów gwałtownie i mogą znów ustać po ustąpieniu przeszkody w odpływie ropy, względnie po złagodnieniu ostrych objawów zapalnych.

Obok bólów najważniejszym objawem choroby jest odpływ ropy z nosa, który jest bardzo znamiennym, jeżeli pojawia się tylko z jednej strony nosa. Czasem wydzielina ta z powodów mechanicznych spływa przez nozdrza tylne do gardła i wywołuje częste chrząkanie i odpluwanie ropy. Cechującem jest znaczne spotrzebowanie chustek do nosa (2—10 na dzień); znajdujemy na nich wielką ilość zasychającej wydzieliny śluzowo-ropnej. Często wydzielina jest zmieszana z krwią. Obfita wydzielina bywa przyczyną wyprysku wejścia do nosa, częstego zatkania nosa, szczególnie w nocy, plam żółtych na poduszkach i t. p. Nierzadko narzekają chorzy na nieznośne cuchnienie z nosa, objaw tak charakterystyczny, że już z niego samego można rozpoznać z wielkiem prawdopodobieństwem przewlekły ropotok jamy szczękowej.

W ogólności rozpoznanie ropienia jam pobocznych zasadza się na nadmiernej wydzielinie śluzu lub ropy z nosa i jej następstwach, zatkaniu nosa, wyprysku wejścia do nosa, cuchnieniu, a w sprawach ostrych na typowych bólach w czole, w policzku, w zębach lub w oku.

Pod względem leczenia zaznaczyć należy, że ostre zapalenie jamy szczękowej zwykle samo ustępuje w przeciągu 8—14 dni. Tu leczenie ma się ograniczyć do łagodzenia przykrych objawów. Wielkie dawki aspiryny, pyramidonu, antypiryny, nadają się do zwalczania bólów bardzo dobrze. Korzystnie działają dalej ciepłe wilgotne okłady, lub termofory na miejsca bolesne, przepłukiwania nosa wodą wyjałowioną lub rozczynem kwasu borowego, spokój fizyczny i umysłowy, unikanie nawału krwi i wywołać go mogących obfitych posiłków, wyskoku, tytoniu i t. p. Jeszcze lepiej działają przepłukiwania jamy szczękowej po jej przebiciu przez przewód nosowy dolny lub środkowy zapomocą igły Lichtwitza. W ostrem zapaleniu jamy czołowej poleca się kokainizowanie przewodu środkowego nosa, nacięcia lub wycięcie przedniego końca średniej małżowiny nosowej w celu ułatwienia odpływu wydzieliny z chorej jamy do nosa. Gdzie to nie skutkuje, należy o tem pamiętać, że ropa, zatrzymana w jamie czołowej, może przez przebicie się do sąsiedztwa, do jamy czaszkowej lub oczodołowej, wywołać groźne następstwa i wtedy może być wskazana trepanacya jamy czołowej lub metoda doszczętna. W przewlekłych zapaleniach tych jam należy na razie próbować tych samych zabiegów. Jeżeli one jednak nie wiodą do celu, wtedy wskazane są zabiegi doszczętniejsze, polegające na szerokiem otwarciu jam i ustaleniu szerokiej komunikacyi z jamą nosową. Zabiegi te jednak należą już do zakresu czynności lekarza specyalisty. Spira.

R u t t i n: **Przyczynek do sprawy zapalenia wielu nerwów mózgowych** (polyneuritis cerebralis) (Heilkunde 1913). Z 4 podanych przez autora przypadków tego rodzaju w pierwszym zajęte były nn. ślimakowy, przedsionkowy, twarzowy i trójdzielny. Równoczesne zaczerwienienie błony bębenkowej należałoby pojmować jako objaw ze strony n. trójdzielnego obok nieczułości rogówki. Słuch poprawiał się w tym przypadku coraz więcej. Odczyny kaloryczny, obrotowy i galwaniczny wykazały różne wahania i wielką zmienność. Nerw twarzowy pozostał na stałe porażony. W przypadku drugim dotknięte były zrazu nn. przedsionkowy, twarzowy i trójdzielny, a w 3 dni później n. ślimakowy. W przypadku trzecim uległy zmianom najpierw nn. przedsionkowy i trójdzielny, w 8 dni później n. twarzowy, a w 20 dni później wszystkie 4 nerwy były zajęte. Poprawa postępująca. W przypadku czwartym uległ zmianom najprzód n. twarzowy, w tydzień później n. przedsionkowy, a prawie 3 tygodnie później także n. ślimakowy. W przeciągu miesiąca wszystkie 4 nerwy były zajęte i zostały stale porażone. Autor sądzi, że zapalenie wielu nerwów mózgowych przedstawia zbiór objawów, spokrewniony z chorobą Heine-Medina, ze sprawą anatomiczną usadowioną w zakresie zwojów i nerwów wstępujących i zstępujących. Najprawdopodobniej istnieją równocześnie zmiany w obrębie jąder, za czem przemawia przeważające drżenie oczu poziome, kierowane ku obu stronom, jakie jest typowe n. p. przy stwardnieniu rozsianem. Spira.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie

Posiedzenie d. 28. I. 1913.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Wybory Wydziału. Wybrano prezesem prof. Rosnera, zastępcą prof. Dobrowolskiego, skarbnikiem Dra Friedmanna, sekretarzem Dr Schlanka.

2) R o s n e r. Demonstracya chorej ze **złamaniem szyjki uda w toku zmięknienia kości.**

W połowie czerwca 1912 r., wśród pozornie zupełnego zdrowia, poczuła chora nagle ból dotkliwy w prawej kończynie dolnej, i to w okolicy krętarza dużego. Chora 20-letnia była wówczas w 6. miesiącu ciąży. Aż do porodu przez 3 miesiące leżała w łóżku, w październiku urodziła siłami natury żywe donoszone dziecko. Po kilku tygodniach wstała z łóżka i tylko z trudnością mogła chodzić, skarżąc się na ból w kończynie dolnej prawej. Badanie w klinice chirurgicznej i zdjęcie rentgenowskie wykazują złamanie szyjki kości udowej. Przy badaniu miednicy kostnej stwierdza się zmiany, charakterystyczne dla zmięknienia kości (osteomalacyi), zwłaszcza na łuku łonowym i na linii bezimiennej. Rosner uważa ten przypadek za nietypowo przebiegające zmięknienie kości, gdyż chodzi o młodą 20-letnią pierwiastkę, dobrze odżywioną, podczas gdy osteomalacyę spotyka się zwykle u osób, które dużo rodziły i żyją w złych warunkach ekonomicznych. Uderza przytem fakt, że wygięcia kości miednicy są mało wybitne, a kruchość kości udowej tak wielka, że u chorej 20-letniej przy podniesieniu niebardzo ciężkiego worka nastąpiło złamanie szyjki tej kości; wiadomo zaś, że tak znaczna kruchość wydarza się pod koniec choroby, po bardzo długim jej przebiegu, kiedy zniekształtnienia kości są bardzo znaczne. (Pokaz rentgenogramu).

3) R o s n e r. **Cystoskopia jako środek pomocniczy przy rozpoznaniu i przy wskazaniu do leczenia ropnego zapalenia przymacicznego** (parametritis purulenta).

U przedstawionej chorej było poporodowe zapalenie przymaciczne, które zajmowało podstawę więzadła szerokiego po stronie lewej i tkankę łączną między pęcherzem a macicą (parametritis anterior). Zewnętrznie można było stwierdzić opór nad lewem więzadłem Pouparta. Przy badaniu cystoskopem można było stwierdzić obrzęk błony

śluzowej pęcherza moczowego (oedema bullosum) na ograniczonej przestrzeni, z czego wnoszono, że w tem miejscu ropa miała tendencyę przebić do pęcherza. Kierując się badaniem cystoskopowem, wykonano nakłucie przez pochwę, przyczem znaleziono ropę i w tem miejscu otwarto ropień. Rosner podnosi znaczenie cystoskopii w dyagnostyce ginekologicznej, a zwłaszcza w zapalnych sprawach chorobowych.

4) Rosner. **Znaczenie metody Abderhaldena przy rozpoznaniu ciąży zewnątrzmacicznej.** R. przedstawia chorą, 25-letnią wieloródkę, u której ani wywiady ani brak miesiączki nie przemawiają za istnieniem ciąży zewnątrzmacicznej. Przy badaniu ginekologicznem stwierdzono guz w zagłębieniu pęcherzowomacicznem. Próba Abderhaldena dodatnia. Przy laparotomii stwierdzono świeżą ciążę jajowodową. Przy krwiakach pozamacicznych próba Abderdaldena wypada ujemnie i wtedy mamy do czynienia ze sprawą skończoną czyli innemi słowy ze stanem, w którym żywa łączność tkanek płodowych z ustrojem matki dawno jest przerwana. Jeśli przy ciąży zewnątrzmacicznej próba ta wypada dodatnio, wówczas mamy prawo przypuszczać, że połączenie to jeszcze istnieje, lub bardzo niedawno istnieć przestało.

5) Radwańska. **Wypadnięcie macicy u dziewicy.** R. przedstawia 26-letnią dziewicę z zupełnem wypadnięciem macicy i wynicowaniem pochwy. Wypadnięcie to macicy według podania chorej powstało przed 2 laty, po skoczeniu z pewnej wysokości, i to wśród silnego bólu. R. omawia etyologię wypadnięcia macicy i przyłącza się do teoryi Halbana i Tandlera.

6) Zubrzycki. **Haematometra praecipue cervicalis unilateralis in utero bicorni bicolli cum haematosalpinge.** Chora, 17-letnia dziewica, uskarża się od 7 tygodni na bóle w podbrzuszu. Przy laparotomii silne zrosty chorobowo zmienionych przydatków. Nadpochwowa część szyjki macicy tworzy guz wielkości pięści, do którego w przymaciczu przylega moczowód. Duże techniczne trudności podczas operacyi. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. (Rzecz przeznaczona do druku).

7) Schlank. **Szpilka do włosów w macicy ciężarnej.** Schl. przedstawia chorą 36-letnią w 3. miesiącu ciąży, która podaje, że przed 2 tygodniami, chcąc sobie podnieść obniżającą się macicę podwójną szpilką do włosów, spostrzegła, że szpilka ta wsunęła się do macicy. Obecnie skarży się na ból w podbrzuszu i na cuchnące odchody, krwawień nie ma. Szyja maciczna zamknięta. Szpilki nigdzie wyczuć nie można. Na rentgenogramie widzi się szpilkę w macicy, skośnie leżącą, ostrymi końcami na dół zwróconą. Chora gorączkuje.

Posiedzenie d. 11. III. 1913

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Szymanowicz: **Krwiak podoponowy u noworodka.** Z powodu osłabienia bólów porodowych wstrzyknięto zdrowej wieloródce w II okresie porodowym 1·0 waporolu Burrough-Wellcome podskórnie. W kilka minut po wstrzyknięciu wśród silnych bólów urodziło się dziecko. W 24 godzin po porodzie dostał noworodek drgawek, które w ciągu dnia kilka razy się powtórzyły. Drgawki te, kloniczne, zaczynały się na twarzy, przechodziły na kończyny górne i tułów, w końcu zaś zajmowały kończyny dolne. Napady takie trwały do 10 minut i mijały wśród silnego krzyku dziecka. Wykonano nakłucie lędźwiowe i znaleziono w płynie mózgowo-rdzeniowym dużo krwi. Po nakłuciu drgawki ustąpiły i dziecko ozdrowiało. Sz. omawia wpływ wyciągu przysadki mózgowej na bóle porodowe i powstanie krwiaka podoponowego u noworodka, który mając szerokie szwy i ciemiączka, miał czaszkę łatwo ściśliwą, przez co narażony był na znaczny uraz pod-

czas rodzenia się pod wpływem gwałtownych, wyciągiem przysadki wywołanych bólów.

2) Radwańska. **Poród u chorej z rozsianem stwardnieniem.** Radw. omawia przypadek porodu u 22-letniej wieloródki z wybitnymi objawami stwardnienia rozsianego (sclerosis disseminata). Poród ten bliźniaczy odbył się zupełnie prawidłowo. Bóle porodowe były silne, odczucie bólów prawidłowe. (Chorą R. przedstawia).

3) Szymanowski. **Biologiczne znaczenie odczynu Abderhaldena.** (Drukowane w Gynaek. Rundschau).

4) Jaworski. **Wyniki próby Abderhaldena.** (Drukowane w Gynaek. Rundschau).

Posiedzenie d. 6. V. 1913.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Szymanowicz. **Gorączka połogowa na podstawie 5-letniej statystyki (1907—1912) krakowskiej kliniki położniczej.** Na 2000 porodów i poronień gorączkowało (nad 37·8° C) 9·1% wraz z przypadkami zapalenia sutka. Śmiertelność 0·75%. Prelegent omawia etyologię i wyniki badań bakteryologicznych odchodów i krwi. W dwóch przypadkach znaleziono we krwi paciorkowca hemolitycznego, obydwie chore umarły; w jednym przypadku ropnicy u chorej, która ozdrowiała, znaleziono we krwi gronkowca. Leczenie poronień zakażonych było zawsze czynne.

2) Rosner. **Brak kręgów u noworodka.** Rosner przedstawia noworodka i jego zdjęcie rentgenowskie. Noworodek waży 3150 gr, cały obrzękły, szyja krótka, głowa mało ruchoma. Noworodek ten umarł w kilka godzin po porodzie. Na rentgenogramie można stwierdzić tylko 17 kręgów. Pięciu kręgów piersiowych i 2 szyjnych brak.

Posiedzenie dnia 11. XI. 1913.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Szymanowicz. **Zropienie spojenia łonowego po porodzie** (z przedstawieniem chorej i rentgenogramu). Chora w tydzień po prawidłowym porodzie zauważyła powyżej spojenia łonowego obrzęk. Gorączkowała przez miesiąc. Operacya 6 i ½ tygodni po porodzie. Znaleziono zropienie stawu łonowego z nadżerkami kości. Przy badaniu bakteryologicznem ropa okazała się jałową.

2) Radwańska. **Niezwykłe powikłanie przy łożysku przodującem.** R. opisuje przypadek, z którym przy łożysku przodującem środkowem dla zatrzymania krwotoku wykonała obrót z położenia główkowego na nóżkę. Obrót wykonała przy ujściu zupełnie rozwartem. Ponieważ płód był mały (2400), przeto wkrótce po obrocie urodził się. Niedługo potem urodziło się łożysko bez pępowiny i bez błon płodowych, które odeszły później wraz z pępowiną. Przy dokładniejszem oglądaniu popłodu stwierdzono, że pępowina przyczepiała się do błon w odległości 18 ctm od brzegu łożyska i że przy obrocie ręka operatorki w chwili przerwania błon rozerwała wszystkie naczynia pępowinowe, przez to właśnie miejsce w błonach przebiegające. Płód urodził się ani nie niedokrwisty, ani nie omdlały, prawdopodobnie dlatego, że jego własne naczynia zostały uciśnięte przez jego rodzący się tułów i że po rozdarciu naczyń urodził się płód w tak krótkim czasie, że nie miał czasu omdleć.

3) Schlank. **Wyniki leczenia promieniami Röntgena w krakowskiej klinice ginekologicznej.** Na podstawie materyału klinicznego omawia prelegent metody i wyniki leczenia promieniami Röntgena: włókniaków, metropatyi, świądu sromu (pruritus vulvae), raków nie nadających się do operacyi, jakoteż zapobiegawcze naświetlanie po doszczętnej operacyi raka części pochwowej, po operacyach raków jajnika, przyczem zwraca uwagę na dobre wyniki, tym sposobem leczenia w klinice otrzymane.

Posiedzenie d. 17. XII. 1913.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Radwańska. **Przedstawienie płodu z małogłowiem (microcephalia).** R. pokazuje zmarły przed kilku godzinami płód małogłowy. Urodził się on przed 13 dniami. Radw. omawia objawy spostrzeżone za życia, zwłaszcza wyprostowanie kończyn i sztywność całego kadłuba.

W dyskusyi zabrali głos neurolodzy prof. Piltz i Dr Borowiecki.

2) Markowa. **Niedrożność jelit w połogu wskutek skręcenia jelita cienkiego.** U położnicy, rozwiązanej kleszczami, w 36 godzin po porodzie wystąpiły objawy niedrożności jelit. Przy laparotomii stwierdzono skręcenie jelita cienkiego u nasady krezki. Chora znajduje się na drodze do wyzdrowienia. Markowa zwraca uwagę na to, że wśród przyczyn niedrożności przewodu pokarmowego u położnic, skręt jelita cienkiego jest szczególnie rzadki.

3) Zubrzycki. **Kraurosis, leucoplakia et carcinoma vulvae.** Z. przedstawia 25-letnią chorą z marskością sromu (kraurosis vulvae); w dwóch miejscach w okolicy wargi większej są 2 owrzodzenia. Badanie drobnowidowe wyciętych kawałków z jednego owrzodzenia wykazało utkanie nowotworowe (carcinoma planocellulare). Zubrzycki zwraca uwagę na to, że obydwa owrzodzenia znajdują się po jednej stronie i nie leżą naprzeciw siebie, dalej omawia etyologiczny związek tych zmian chorobowych. (Rzecz przeznaczona do druku).

4) Kader. Przedstawienie chorej po **usunięciu nerki prawej z powodu mięsakogruczolaka** (adenosarcoma embryonale). K. przedstawia 14-letnią dziewczynę, u której usunął operacyjnie nerkę prawą, ogromnych rozmiarów. Badanie cystoskopem przed operacyą stwierdziło istnienie dwóch moczowodów po stronie chorej. Nerka prawa chorobowo zmieniona, operacyjnie usunięta waży 5 klg. Stan chorej znacznie się poprawił.

W dyskusyi między innymi zabrał głos Gliński, przedstawiając preparaty mikroskopowe z tej nerki i omawiając etyologię guzów mieszanych.

Posiedzenie administracyjne 13. I. 1914

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2) Referat z całorocznej działalności Towarzystwa ginekologicznego.

3) Wybory. Wybrano jednogłośnie przewodniczącym B. Wojciechowskiego, zastępcą Ackermanna, skarbnikiem Friedmanna, sekretarzem Zubrzyckiego.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie dnia 3. XII. 1913.

Przewodniczący Dr Sterling, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. M. Cohn przedstawia trzymiesięczne dziecko z **wynicowaniem pęcherza moczowego** (inversio vesicae urinariae).

2) Kol. Rieder przedstawia dziecko roczne z **małogłowiem.**

3) Kol. Goldberg przedstawia mężczyznę, u którego z powodu uderzenia kamieniem w głowę dokonał **trepanacyi kości czołowej** z lewej strony. Opona twarda nie była uszkodzona.

4) Kol. Bethe przedstawił kobietę, u której po próbnem przekłuciu pęcherza żółciowego wydzieliło się **112 kamieni.**

5) Kol. Goldman przedstawił 29-letn. mężczyznę, który przyjęty został do kliniki z rozpoznaniem zapalenia otrzewnej wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Podczas operacyi wyrostek okazał się bardzo mało zmieniony, wskutek czego kol. Goldman cięcie przedłużył, szukając

przyczyny zapalenia otrzewnej i znalazł ją w postaci niewielkiego otworu w dwunastnicy, spowodowanego **przez przebicie wrzodu dwunastnicy.** Po 5 dniach, kiedy siły chorego wzmocniły się, dokonał G. gastroenterostomii.

6) Kol. Rosenthal przedstawił dziewczynę z **chorobą Stokes-Adamsa.** (Ob. str. 113 w niniejszym zeszycie).

W dyskusyi zabierali głos: a) Kol. Łuczycki, który spostrzegał w Warszawie wraz z Dr Gajkiewiczem podobne objawy u czterdziestokilkoletniego mężczyzny w przeciągu 3 miesięcy. Sekcya wykazała stwardnienie naczyń i stwardnienie kory mózgowej. — b) Kol. Sterling: Należy w epikryzie danego przypadku wyzyskać zastosowanie atropiny bez wyniku dodatniego, jako dowód, przemawiający za myogenetycznym charakterem bradykardii, a przeciw nerwowemu. Przypadek spostrzegany przez kol. Łuczyckiego wobec stwierdzenia zmian w naczyniach serca i mózgu, wygląda na padaczkę z współistniejącymi objawami stwardnienia serca i mózgu.

7) Kol. Rosenblatówna streściła swoje **wrażenia z wycieczki naukowej do New-Jorku.**

Posiedzenie dnia 17. XII. 1913.

Przewodniczy Dr Sterling, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Eisner przedstawia chorą, u której z powodu **wypadnięcia odbytu** dokonał operacyi **metodą Thierscha,** tylko zamiast drutu użył kawałka powięzi szerokiej uda. Chora w dwa tygodnie po zabiegu.

2) Kol. Klosenberg przedstawił chorą na **chorobę Tay-Sachsa,** przedstawiającą niezupełnie typowy obraz, ponieważ brak zmian w plamach żółtych dna oka.

3) Kol. Grosglik pokazał a) 6-letniego chłopca pochodzącego z rodziny gruźliczej **z gruźlicą brodawkową skóry** lewego pośladka i gruźlicą prosówkową śluzówki warg. Matka chorego, zmarła na gruźlicę płuc, miała podobno taki sam wykwit na pośladku. b) 48-letniego mężczyznę z następującemi usadowieniami **sprawy gruźliczej**: Phthisis pulmonum, laryngis, ulcus tuberculosum marginis linguae, nephrophthisis, tuberculosis vesicae urinariae, tubercul. testiculi dextri. RW. Odczyn Pirqueta bardzo dodatni. c) 58-letniego mężczyznę, który nigdy nie miał żadnej choroby wenerycznej i podobno w dzieciństwie nie chorował; żona nie roniła; dwoje dzieci zdrowych. Przed 30 laty rhinitis foet., która zniszczyła przegrodę nosa; przed 26 laty: ulcera gum. palati et pharyngis, po których pozostała blizna, wyścielająca całą jamę gardłową. Przed 15 laty rozpoczęło się cierpienie oczu. Obecny stan oczu: Lewe oko: leucoma adhaerens. Prawe oko: maculae cornae (prawdop. po kerat. parench.) Górna powieka prawego oka zrośnięta z periorbitą. Ślady periostitis gum. Rozpoznanie: **lues III heredit. tarda,** choć nie jest wyłączona lues insontium, w dzieciństwie nabyta.

4) Kol. Grosglik wygłosił odczyt: **Próby immunoterapeutyczne w kile.** (Doniesienie tymczasowe). Wychodząc z założenia, że wyciąg z wątroby płodu kiłowego, acz nieswoisty dla odczynu Wassermana, jednak, według wszelkiego prawdopodobieństwa, zawiera mniejsze lub większe ilości jadu kiłowego, kol. G. wstrzykiwał go chorym, celem przekonania się, jaki wywiera wpływ na przebieg kiły. Liczba chorych 58; z tych 13 przypadków kiły świeżej, 26 drugorzędnej powracającej (L II recidiva) i 19 trzeciorzędnej. Objawy znikły w zupełności wraz z nawrotami w ile występowały podczas leczenia w 23% kiły świeświeżej, powtarzającej się w 53·8%, w trzeciorzędnej w 36,8 %, ogółem w 41·3% wszystkich przypadków. Niepomyślnych t. j. takich przypadków, gdzie ani objawy wstępne, ani nawrotowe nie ustępowały w zupełności, było: 15% w kile świeżej, 19% w powtarzającej się i 26% w trzeciorzędnej. Ilość stosowanego wyciągu oraz średnia długość leczenia były następujące w przypadkach, gdzie wszystkie objawy ustąpiły:

	L. recens		Lues recid.		L. III	
% przypadków	33·3%	66·6%	71·4%	28·5%	85·7%	25
ilość wyciągu	<5·0	>5·	<5·0	<5·0	>5	>5
czas trwania lecz.	37	69·5	34·9	56·25	63·6	56

Przeciw możliwości samoistnego wyleczenia przemawiają następujące argumenty: 1) Nieprawdopodobieństwo, aby jeden lekarz w krótkim stosunkowo czasie spotkał 24 przypadki samoistnego wyzdrowienia, zwłaszcza, że niektóre należały do rzędu ciężkich, a bezmała wszystkie obfitowały w objawy. 2) Czas trwania leczenia jest krótszy, aniżeli czas ustalony przez Fourniera i Kaposiego. 3) Niektóre objawy, oporne względem wyciągu, były niemniej oporne względem rtęci, którą później stosowano. 4) Rychłe wystąpienie zmian wstecznych po rozpoczęciu leczenia wyciągiem w niektórych wykwitach kiłowych, notorycznie nadzwyczaj opornych względem leków swoistych (lichen syph., exanthema tubercul. universale).

Dowody, przemawiające za swoistym wpływem wyciągu na sprawy kiłowe: 1) pośredni: 3 przypadki owrzodzeń kilakowych, do których wkładano skrawki ze stwardnień pierwotnych lub gruczołów; owrzodzenia oczyszczały się i okazywały jawną skłonność do zabliźniania; 2) bezpośredni: na 15 przypadków różyczki i wysypki grudkowej w 8 występował objaw Herxheimera, z tych u jednej chorej z różyczką 3 razy po kolei.

Wniosek: wyciąg (spirytusowy) z wątroby płodu kiłowego wywiera wpływ niewątpliwie swoisty na sprawy przymiotowe, immunoterapia kiły jest możliwa.

W dyskusyi wzięli udział kol. Sonnenberg, Dutkiewicz i Rosenblatówna.

a) Sonnenberg wskazał na to, że wprowadzanie do ustroju materyału, zawierającego niewyjałowiony zarazek kiłowy (wstrzykiwanie wodnego wyciągu z wątroby kiłowej), stanowi zabieg śmiały, a w przypadkach błędnego rozpoznania niebezpieczny. Przytoczone dane, jakoby zabiegi owe posiadały wpływ leczniczy, jako oparte jedynie na klinicznych spostrzeżeniach, nie mają charakteru naukowego. Należało stosować próbę Wassermana. Zmniejszenie się i znikanie objawów również nie jest poważnym dowodem wpływu leczniczego, ponieważ, jak wiemy, niektóre objawy znikają i bez leczenia. Dwa tylko zjawiska przemawiają na korzyść stosowanego zabiegu, a mianowicie szybkie znikanie drobnogrudkowych wykwitów oraz występowanie po stosowaniu tego środka objawu Herxheimera.

b) Kol. Dutkiewicz zapytuje, co prelegent rozumie przez »wyzdrowienie«. Podług niego, tylko taki przypadek należy uważać za wyleczony, który po przebytem leczeniu daje ujemny odczyn Wassermana.

c) Kol. Rosenblatówna zapytuje prelegenta o wyniki szczepień skórnych z antygenem, którego używał prelegent, oraz zaznacza, iż uważa wyciąg alkoholowy z wątroby kiłowych płodów za nieodpowiedni zarówno do odczynów skórnych, jak i do prób immunoterapeutycznych, gdyż brak dowodów na to, że antygen, używany przez prelegenta, przedstawiał wyciąg z krętków bladych. Dla odczynu Wassermana, jak wiadomo, ważne są jedynie lipoidy, w antygenie tym zawarte, i dlatego może być zastąpiony przez wyciąg z wielu innych narządów nawet osobników niekiłowych.

Posiedzenie dnia 7. I. 1914.

Na posiedzeniu tem, odbytem pod przewodnictwem wybranego przez aklamacyę kol. Pinkusa, dokonano wyborów nowego Zarządu. Wybrano prezesem kol. A. Kruschego, wiceprezesem kol. S. Sterlinga, sekretarzami Sonnenberga i Tomaszewskiego, skarbnikiem kol. Trenknera, bibliotekarzami kol. Goldberga i Prechnera.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie d. 5. X. 1913.

I. Prezes Biegański: Wspomnienie pośmiertne, poświęcone kol. Królikowskiemu z Będzina. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie z miejsc.

II. Edward Kohn i Stefan Kohn przedstawili chorą 22-letnią z rozpoznaniem **ropnia mózgu**. W dzieciństwie — ospa, która zniszczyła zupełnie lewą gałkę oczną. W 7. roku życia wprawiono chorej we Wrocławiu oko sztuczne, bez wyłuszczenia pozostałej bliznowatej tkanki. Przed 18 miesiącami uderzenie w głowę, omdlenie i od tego czasu bardzo silne bóle głowy, często z wymiotami. W oku prawem wyraźna tarcza zastoinowa. W czerwcu r. b. przez lewy oczodół zaczęła wydzielać się ropa. Stan chorej szybko się poprawił, bóle głowy ustały. Po pewnym czasie wskutek zatrzymania ropy pogorszenie, które ustąpiło przy ponownym odpływie ropy. W sierpniu r. b. w ciągu kilku dni z rzędu bardzo silne bóle głowy z wymiotami i drgawkami. I tym razem świeży odpływ ropy sprowadził natychmiastową poprawę.

Dyskusya: a) Biegański sądzi, że przyczyną cierpienia jest ropień międzyoponowy ponad skrzyżowaniem nerwów wzrokowych. Stąd zastoina w oku prawem i możność wydzielania się ropy przez oczodół. Wskazany jest zabieg chirurgiczny. Podrażnienie tkanki bliznowatej pod wpływem oka sztucznego było zapewne przyczyną zakażenia. — b) Rozenfeld obserwował chorą przed odpływem ropy. Wobec stanu gorączkowego, wychudzenia i tarczy zastoinowej przypuszczał guz gruźliczy mózgu. — c) Łokczewski opisuje przypadek ropnia powieki, w następstwie którego powstało śmiertelne zapalenie mózgu.

III. Bartkiewicz: **Zakres działania i wyniki nowoczesnej urologii chirurgicznej.** Po przedstawieniu najnowszego systemu wzierników do badania przedniej i tylnej części cewki i pęcherza, opisał referent szczegółowo ich zastosowanie rozpoznawcze i lecznicze. Cewnikowanie moczowodów, niezbędne w rozpoznawaniu i leczeniu wielu cierpień nerek i miedniczek nerkowych, ma szczególne znaczenie w rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy. Wykonanie zabiegu w większości przypadków nie jest zbyt trudne, niebezpieczeństwo zakażenia nerek przy zachowaniu czystości wyłączone. W końcu skreślił referent poglądy nowoczesne na leczenie operacyjne pęknięć i zwężeń cewki moczowej, gruźlicy dróg moczowych i ostrych zapaleń nerek, powikłanych mocznicą.

Dyskusya: a) Rozenfeld sądzi, że cewnikowanie moczowodów, jako zabieg poważny i męczący chorego, powinno opierać się zawsze na ścisłych wskazaniach. Co się tyczy zakresu stosowania zabiegów operacyjnych w chorobach nerek, nie ma zgody między chirurgami i internistami. Ogłaszają pomyślne wyniki obłuszczenia nerki w przypadkach ciężkiego zapalenia nerek z zupełnym bezmoczem, oraz nacięcia nerki w przypadkach krwotoków, nie dających się w inny sposób powstrzymać. Zdaniem większości, gruźlica nerki powinna być leczona na drodze chirurgicznej. — b) Wacław Kohn sądzi, że gruźlica nerki w okresach najwcześniejszych nie stanowi wskazania bezwzględnego do wycięcia nerki. — c) Biegański uważa samoistne wyleczenie gruźlicy nerek za możliwe i na dowód przytacza dwa własne spostrzeżenia sekcyjne. — d) Pasierbiński mówi o próbach leczenia zwężeń cewki moczowej fibrolizyną. — e) Bartkiewicz w odpowiedzi przyznaje, że cewnikowanie moczowodów jest zabiegiem ciężkim, lecz nie zagrażającym jakiemibądź powikłaniami. Obłuszczenie nerki B. zastosował w jednym przypadku beznadziejnej mocznicy z doskonałym wynikiem. W możność samowyleczenia gruźlicy nerkowej nie wątpi, aczkolwiek uważa to za rzecz wyjątkowo rzadką. Rozpoznanie gruźlicy jednej nerki przy prawidłowej sprawności drugiej stanowi bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego. Fibrolizyna nie ma żadnej wartości. K. Rozenfeld.

Odcinek.

W sprawie czystości języka.

Nawiązując do artykułu pod tym tytułem (»Przegląd lekarski« z r. b. Nr 7), chciałbym zwrócić uwagę na jeden szczegół, który, jak mi się zdaje, nie został w artykule dostatecznie podkreślony. Mianowicie chodzi mi o przesadę w rugowaniu utartych nazw techniczno-lekarskich, przyjętych we wszystkich językach, a usuwanych nieraz niepotrzebnie z polskiego języka lekarskiego.

W sprawie tej pisałem już przed 15 laty (»Przegląd lek.« 1899, Nr 43) między innemi, co następuje:

»W dążeniu do unikania wszelkich wyrazów technicznych, pochodzących z języków: greckiego czy łacińskiego, spotykają się pewni pisarze niemieccy z niektórymi autorami naszymi, którzy również troskliwie unikają obcych wyrazów technicznych. Na takie dążenie różnie się można zapatrywać; ja pod tym względem zgadzam się najzupełniej z ś. p. prof. Oettingerem, znakomitym uczonym i znawcą naszego języka, który w 40. tomie »Rocznika Tow. krak.« z r. 1868, w rozprawie, poświęconej czystości języka polskiego, pisze: »Nie tyle stawam w obronie czystości li wyrazowej, która, jeżeli jest stosowana z przesadą, więcej może szkodzi, niż korzyści przynosi, ile samego ducha języka, stanowiącego istotne jego znamię i nadającego mu dopiero siłę i wdzięk rodzimy«. Według mego mniemania takie przesadne rugowanie z literatury naukowej wyrazów klasycznych, utartych i znanych powszechnie w piśmiennictwie międzynarodowem i zastąpienie ich »à tout prix« nowymi, wyszukanymi, byle tylko swojskimi, musi szkodzić nietylko językowi, ale i literaturze, a szczególnie nauce międzynarodowej. I tak, każdy lekarz polski i niemiecki zdoła zrozumieć każde lekarskie dzieło, pisane w francuskim, włoskim lub angielskim języku, o ile wogóle tymi językami włada. Nie zaś odwrotnie, gdyż lekarz francuski, angielski i t. p., nawet rozumiejąc po polsku i po niemiecku, nie może nieraz zrozumieć pracy lekarskiej w jednym z tych języków pisanej, o ile nie uczył się specyalnie medycyny po polsku względnie i po niemiecku. Ba, nawet niejeden polski lekarz, doskonale władający ojczystym językiem, jeżeli kształcił się w medycynie zagranicą, nie potrafi zrozumieć pracy lekarskiej polskiej. Nowe, sztuczne wyrazy stawiają tylko hamujące baryery dla wzajemnego poznania i porozumienia się i pośrednio też dla postępu nauki. Przesadna mania czyszczenia, albo, jak Niemcy powiadają: »Purificationsmanie«, utrudnia nadzwyczaj studyum i poznanie wzajemne literatury i czyni niezbędnem używanie specyalnych języków. Wszystko, co ludzi od siebie oddala i oddziela i wzajemne porozumienie utrudnia, jest szkodliwe, a przedewszystkiem w sprawach naukowych. Nauka wogóle, a najszczególniej nauka przyrodnicza i lekarska musi i powinna zostać międzynarodową i każde usi-

łowanie ścieśnienia jej, choćby tylko co do zewnętrznej jej formy, w ciasne ramy pewnej, choćby najsławniejszej narodowości, może tylko wyjść z ujmą dla ludzkości i nauki«. Spira.

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie w lipcu 1914.

Na Zjazd higienistów polskich we Lwowie zgłoszono za pośrednictwem Rady Tow. higienicznego warszawskiego wykłady następujące:

Dr Brzeziński (Zawiercie), »O rozwoju fizycznym dzieci robotników fabrycznych«; Dr Bączkiewicz »Walka ze śmiertelnością dzieci«; Dr Skalski (Łódź), »Walka z alkoholizmem«; Dr Chełchowski »Najpilniejsze potrzeby higieniczne ludu polskiego«; »Liczba urodzeń i zgonów w Zakopanem w ciągu 127 lat«; Dr Polak »Organizacya higieny publicznej w trzech dzielnicach Polski«; Dr Zembrzuski »O ubezpieczeniu robotników na przypadek choroby«; M. Luksemburg »O ubezpieczeniu robotników«; Dr Dobrzyński »Rozwój idei miast-ogrodów w Królestwie Polskiem«; Dr Karwicki »Rola laseczników niekwasoodpornych w etyologii gruźlicy«; Dr Szczawińska »Walka ze śmiertelnością niemowląt«; Dr Fidler »O szpitalnictwie i ruchu chorych w ziemi Radomskiej«; Dr A. Zaleski (Płock), »Wady naszego szpitalnictwa i sposoby zaradzenia złemu«; Dr. Paderewski i Dr Alina Drzewiecka »Działalność instytutu higieny dziecięcej«; Dr Thenersen (Płock), »Nadzór lekarski nad szkołami początkowemi jako czynnik krzewienia kultury higienicznej«; Dr Gałecki »Zakłady lecznicze dla chorych piersiowych w Królestwie Polskiem«; Dr Dębiński »Przychodnie i ich rola w walce z gruźlicą«; Dr Jan Szmurło »Sprawozdanie z działalności agitacyjnej przeciwgruźliczej w Królestwie«; Dr Seweryn Sterling (Łódź), »Walka z gruźlicą«; Oddział lubelski Tow. higienicznego »Lublin pod względem higienicznym«; Dr Borsukiewicz »Kropla mleka«; Dr Dziemski (Lublin), »Filtry biologiczne«; Dr Jasiński »O szpitalu dla dzieci w Lublinie«; inż. Borkowski »Światło gazowe«; prof. Łyszkowski (Lublin), »Ćwiczenia fizyczne«; inż. Paprocki »Kanalizacya i filtry«; Dr Staniszewski »Kolonie letnie szkoły handlowej w Lublinie«; Dr Konrad Tołwiński »Organizacya szczepienia ospy i dezynfekcyi«; Dr Władysław Tołwiński »Rozwój fizyczny uczniów szkół prywatnych w Lublinie«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Związek lekarzy rządowych Galicyi wybrał na r. 1914 swym prezesem Dra Wł. Czyżewicza, wiceprezesem Dra J. Opieńskiego.

— Doc. Dr Hornowski we Lwowie mianowany został tytularnym profesorem nadzwyczajnym.

— Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożyli w dalszym ciągu w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«: Dr M. Buzdygan z Krakowa i Dr Maryan Ostafiński ze Stanisławowa po 10 kor. Dr Marcin Garbaczewski z Turobina lubelskiego 3 kor. Ogółem dotychczas złożono 305 kor.

— Otrzymujemy następujące pismo:

»Dla uczczenia pamięci zmarłego Prof. Dra Erwina Mięsowicza Towarzystwo bratniej pomocy medyków U. J. ustanawia osobny fundusz pożyczkowy Jego imienia, którego celem będzie niesienie pomocy ubogim słuchaczom medycyny U. J. Dary i składki, na ten cel przeznaczone, uprasza Zarząd przesyłać łaskawie za pośrednictwem redakcyi dzienników krakowskich na rzecz Bratniej pomocy medyków U. J. w Krakowie«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. II. do 14. II. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † — (obcych 5 † —), krztuśca 9 † — (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 18 † 2 (2 † —), odry 7 † — (— † —), duru brzusznego — † — (— † —), zapalenia opon m. 2 † — (1 † 1), róży 1 † —, ospy 1 † —. Dr Janiszewski.

Warszawa. Dzienniki donoszą, że władze zezwoliły na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie w jesieni b. r.

— Nagrodę im. Moczutkowskiego za najlepszy wykład przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie za r. 1913 Dr Rzętkowskiemu i Stanisławowi Mutermilchowi, dodatkową zaś nagrodę, przeznaczoną przez Dra Alfreda Sokołowskiego, Dr. Brunerowi i Jakubowskiemu.

— Prezesem Polskiego Towarzystwa okulistycznego wybrany został na r. 1914 Dr Ziemiński, wiceprezesem Dr Bein, sekretarzem Dr Paradowski.

Z różnych stron. Towarzystwo lek. chorwacko-słoweńskie (Zbor liječnika kralj. Hrvatske i Slavonije) liczyło z końcem 1913 r. członków honorowych 28, korespondentów 5, zwyczajnych 470. Dochody w r. 1913 wynosiły 12.524 kor., majątek 24.071 kor., fundusz zapomóg 26.749 kor. Towarzystwo rozpoczęło drogą ofiar dobrowolnych zbierać fundusze na budowę własnego domu.

— Towarzystwo laryngologiczne berlińskie mianowało oprócz Prof. Dra Pieniążka członkiem honorowym Prof. Dra Jurasza ze Lwowa.

— Otrzymujemy następujący list z prośbą o ogłoszenie:

»Lekarz, który dnia 22 na 23 b. m. w pociągu nr. 9, półprzedział II. klasy, zabrał żółtą torebkę ręczną z bielizną, pozostawiając takąż torebkę z narzędziami lekarskiemi, zechce podać adres, celem wzajemnego zwrotu zamienionych torebek. — Alfred Pisarski, koncypient c. k. kolei państw. Dyrekcya, Oddział I w Stanisławowie«.

Zmarli. Dr Alfred Burzyński, były asystent katedry anatomii i okulistyki, autor kilku prac naukowych, ceniony okulista we Lwowie; Prof. Nietner, generalny sekretarz centralnego niemieckiego komitetu przeciwgruźliczego w Berlinie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. Nr 2. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 1·75 mk.

Zeszyt lutowy, poświęcany corocznie chorobom krążenia i oddychania, zawiera w tym roku następujące rozprawy: Prof. A. Hoffmanna o tętnie i jego rozpoznawaniu, oraz o leczeniu naparstnicą, Prof. Staehelina o kaszlu, Prof. von den Veldena przegląd ogólny postępów medycyny w obu tych działach.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1914.

Gazeta lekarska. Nr 5—8. Karwacki: Przypadek ułożenia kiszki grubej po stronie lewej (5). — Szmurło (dok. 5—6). — Moczulski: Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem zastrzykiwań dożylnych 10% rozczynu soli w krwotokach płucnych (6). — Klein: Nowe badania nad białaczką szpikową (7—9). — Krukowski: Przypadek rozległych kurczów mięśni twarzy i szyi (7). — Serejski: Zdolność do syntez w porażeniu postępującem (8).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 5—8. Sterling Władysław: Przypadek karłowatości krzywiczej, powikłanej psychozą histeryczno-degeneracyjną (5—7). — Springer: (dok. 5). — Chorążycki: Zwapnienie włókniaka krtani (6). — Huzarski: Przypadek »missed abortion« z obfitymi krwotokami (7). — A. Landau: O wrzodzie okrągłym żołądka i gastroenterostomii (8). — Moniuszko: Moje spostrzeżenia nad fosfacydem Romanowskiego (8).

Tygodnik lek. Nr 2—5. Gąsiorowski: Cholera w Galicyi w r. 1913. — Nowicki: Odma pęcherzykowa pęcherza moczowego. (2—3). — Gerus: Aseptyka w cewnikowaniu moczowodów (4—5).

Nowiny lek. Nr 2: Sędziak: O obcych ciałach w górnych drogach oddechowych i pokarmowych, oraz w uszach. — Hertz i Brokman: O zaczynach rozszczepiających tkankę wątroby u oso-

bników dotkniętych cierpieniem tego narządu. — Z. Bychowski: Łatwy do rozpoznania przypadek Jacksonowskiej padaczki. — W. Jezierski: Badanie siły serca. — Nelken: Wrodzone częściowe rozdwojenie narządów płciowych w przypadku otępienia wczesnego.

Lekarz wileński: Nr 1: W. Orłowski: W sprawie patogenezy choroby Hirschprunga. — J. B.: Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy. — Dąmbrowski: I. Zjazd okulistów rosyjskich w Moskwie. — Boguszewski: Konferencya lekarzy sanitarnych wileńskiego okręgu.

Przegląd pedyatryczny, Tom VI. Zesz. 1.: Przedpełska: Badania płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci, obarczonych przymiotem. — Ostrowski: Znaczenie mleka larosanowego w dyetetyce niemowląt.

Przegląd higieniczny: Nr 1—2.: Czeszerówna: Biograficzna metoda badania dzieci. — Bier: Działalność państwowego zakładu badania żywności w Krakowie w latach 1911 i 1912.

Zdrowie. Nr. 2.: J. Brzeziński: Kąpiele przy fabryce Tow. akcyjnego »Zawiercie«. — J. Zawadzki: Targowiska miejskie w Warszawie. — Fidler: Stan szpitalnictwa ziemi radomskiej (dok.)

Kronika dentyst. Nr 2.: Hofung (c. d.).

Słowo lek. Nr 1—2.: Glassner: Ś. p. Erwin Międzysowicz. — Sprawozdanie Wydziału Związku krajowego lekarzy za r. 1913.— Schöngut: Ś. p. Edward Gerard-Festenburg. — Walne Zgromadzenie kraj. Związku lekarzy. — Uchwały XIX wiecu Izb lekarskich.

Sprawozdanie z ruchu chorych w Łódzkim miejskim szpitalu dla chorych zakaźnych gorączkujących w r. 1913.

Rodzaj choroby	Pozostało z r. 1912				Przybyło w r. 1913				Ogółem leczyło się				Opuściło szpital				Zmarło				% zmarłych	Podług wyznania				Ilość dni szpitalnych	Pozostało na r. 1913			
	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem		Prawosławnych	Katolików	Ewangielików	Żydów		Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem
Ospa	3	4	4	11	23	31	36	90	26	35	40	**101**	20	29	27	76	5	4	8	**17**	17,0	—	57	8	25	2121	1	2	5	8
Płonica	—	1	11	12	10	19	169	198	10	20	180	**210**	6	18	115	139	1	—	50	**51**	24,2	—	123	11	64	5820	3	2	15	20
Dur plamisty	—	—	—	—	25	14	7	46	25	14	7	**46**	21	13	7	41	4	1	—	**5**		—	10	1	35	730	—	—	—	—
Czerwonka	—	—	—	—	22	15	4	41	22	15	4	**41**	21	15	3	39	1	—	1	**2**		3	31	3	4	636	—	—	—	—
Róża	3	1	—	4	4	13	3	20	7	14	3	**24**	5	14	3	22	—	—	—	—		—	13	4	3	265	2	—	—	2
Dur brzuszny	—	1	—	1	2	4	1	7	2	5	1	**8**	2	4	1	7	—	1	—	**1**		—	6	—	1	124	—	—	—	—
Błonica	—	—	—	—	—	2	3	5	—	2	3	**5**	—	2	3	5	—	—	—	—		—	5	—	—	67	—	—	—	—
Odra	—	—	—	—	1	1	1	3	1	1	1	**3**	1	1	1	3	—	—	—	—		—	3	—	—	17	—	—	—	—
Pod obserwacyą [1]	—	—	—	—	3	7	2	12	3	7	2	**12**	3	7	2	12	—	—	—	—		1	6	—	5	49	—	—	—	—
	6	7	15	28	90	106	226	422	96	113	241	**450**	59	103	162	344	11	6	59	76	18,9	4	254	27	137	9829	6	4	20	30

[1]) Pneumonia 1, Influenza 1, Pleuritis sin. 1, Carcinoma rect. 1, Arthritis rheumat. 1, Septicaemia 1. Eczema 1, Bez rozpoznania 5.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 4. marca 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: 1) Wykład Dr T. Janiszewskiego: Nowe sposoby odosabniania chorych zakaźnych. 2) Przedstawienie chorych z kliniki położniczej i chirurgicznej. 3) Dr Szymanowski i Bańkowski: Hodowle krętka bladego.

